

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**COPING E SOBRECARGA NOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Marisa Mercês Delgado

Nº 14096

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**COPING E SOBRECARGA NOS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Marisa Mercês Delgado

Dissertação orientada por Prof. Doutora Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ivone Patrão, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

A realização desta investigação apenas foi possível pelo apoio e disponibilidade de todas as pessoas e entidades envolvidas na mesma.

Agradeço especialmente à Dra. Ana Margarida, da Alzheimer Portugal, pela disponibilidade que revelou e pela ajuda preciosa na recolha da amostra.

Resumo

O objectivo deste estudo foi o de conhecer as relações existentes entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores informais de pessoas com Alzheimer e o nível de sobrecarga experienciado pelos mesmos. Foram inquiridos 62 cuidadores informais, 32 do sexo feminino e 30 do sexo masculino. A média de idades é 49,89 e desvio-padrão 20,25.

Foi utilizado um questionário sócio-demográfico, e também o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) para medir o grau de dependência da pessoa com doença de Alzheimer, o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) para medir o nível de sobrecarga, e o Brief COPE (Carver, 1997) para medir as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas.

Quanto aos resultados obtidos, existe uma correlação directa entre a estratégia de coping Desinvestimento Comportamental e a Sobrecarga Financeira, e ainda com a subescala Implicações na Vida Pessoal. A estratégia mais utilizada pelos cuidadores inquiridos é a Reinterpretação Positiva ($M= 3,56$) e a menos frequente é a Uso de Substâncias ($M= 1,19$). Os cuidadores que mais utilizam a Reinterpretação Positiva são os que são cuidadores há menos tempo. Não existem elevados níveis de sobrecarga nos cuidadores inquiridos.

Conclui-se que os cuidadores que têm mais dificuldades económicas desistem mais rapidamente de melhorar a sua situação, e também aqueles cujas vidas e planos mais foram alterados pela situação, são mais propensos a desistir dos seus planos e objectivos. Os que se tornaram cuidadores mais recentemente têm mais facilidade em lidar com a situação, pelo que a duração do cuidado parece ter um papel importante na sobrecarga experienciada.

Palavras-chave: cuidadores informais, Alzheimer, sobrecarga, *coping*

Abstract

The objective of this study is to know the relationships between the coping strategies the informal caregivers of people with Alzheimer's Disease use and the level of burden they experience. A sample of 62 caregivers was questioned, 32 were females and 30 were males. The average of ages is 49.89 and SD is 20.25.

A social demographic questionnaire was used, the Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965) was also used to establish the degree of independence of the person with AD, the "Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal" (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) was used to measure the level of burden, and the Brief COPE (Carver, 1997) to measure the coping strategies more frequently used.

As for the results, there is a direct correlation between the scale Behavioural Disengagement and the scale Financial Burden, and also with the scale Implications on Personal Life. The coping strategy that the questioned caregivers use more often is Positive Reframing ($M= 3.56$) and the one used less frequently is Substance Use ($M= 1.19$). The caregivers that use Positive Reframing more often are the ones that have been caregivers for less time. There are no high levels of burden among the questioned caregivers.

In conclusion, the caregivers that have more financial difficulties are the ones that more often give up on trying to improve their situation, and also, the ones whose lives and plans were more altered by the caregiving situation are more prone to giving up on their plans and goals. The caregivers that are so more recently, have less difficulty in coping with the situation, therefore the duration of the caregiving seems to have an important role on the experienced burden.

Keywords: informal caregivers, Alzheimer's disease (AD), burden, coping

Índice

<i>1. Introdução</i>	<i>1</i>
<i>2. Revisão Teórica</i>	
<i>A. Doença de Alzheimer</i>	<i>3</i>
<i>A.1. Definição</i>	<i>3</i>
<i>A.2. Incidência e Prevalência</i>	<i>3</i>
<i>A.3. Critérios de Diagnóstico</i>	<i>3</i>
<i>A.4. Características de Evolução</i>	<i>5</i>
<i>A.5. Adaptação Psicológica ao Diagnóstico</i>	<i>6</i>
<i>B. Sobrecarga e Coping</i>	
<i>B.1. Sobrecarga</i>	<i>8</i>
<i>B.2. Coping</i>	<i>10</i>
<i>B.2.1. Modelos</i>	<i>11</i>
<i>B.2.2. Estratégias de Coping</i>	<i>12</i>
<i>C. Implicações Físicas e Psicológicas da Doença de Alzheimer nos Cuidadores</i>	<i>14</i>
<i>3. Formulação do Problema</i>	<i>16</i>
<i>3.1. Objectivo Geral</i>	<i>16</i>
<i>3.2. Objectivos Específicos</i>	<i>16</i>
<i>4. Metodologia</i>	<i>18</i>
<i>4.1. Tipo de Estudo</i>	<i>18</i>
<i>4.2. Variáveis</i>	<i>18</i>
<i>4.3. Amostra</i>	<i>19</i>
<i>4.4. Material</i>	<i>23</i>
<i>Índice de Barthel</i>	<i>24</i>
<i>Questionário de Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores Informais</i>	<i>25</i>
<i>Brief COPE</i>	<i>27</i>
<i>4.5. Procedimentos</i>	<i>29</i>
<i>5. Apresentação dos Resultados</i>	
<i>5.1. Análise dos resultados do Índice de Barthel</i>	<i>30</i>
<i>5.1.1. Estatística Descritiva do Índice de Barthel</i>	<i>30</i>
<i>5.1.2. Correlações entre o Índice de Barthel e as variáveis sócio-demográficas</i>	<i>34</i>

5.2. <i>Análise dos resultados do QASCI</i>	35
5.2.1. <i>Estatística Descritiva das partes do QASCI</i>	35
5.2.2. <i>Correlações entre o QASCI e as variáveis sócio-demográficas</i>	37
5.3. <i>Análise dos resultados do Brief COPE</i>	38
5.3.1. <i>Estatística Descritiva do Brief COPE</i>	38
5.3.2. <i>Correlações entre o Brief COPE e as variáveis sócio-</i> <i>-demográficas</i>	40
5.4. <i>Correlações entre o Índice de Barthel e QASCI</i>	42
5.5. <i>Correlações entre o Índice de Barthel e Brief COPE</i>	43
5.6. <i>Correlações entre as diferentes partes do QASCI e Brief COPE</i>	44
6. <i>Discussão dos Resultados</i>	47
7. <i>Considerações finais</i>	51
8. <i>Referências Bibliográficas</i>	53
9. <i>Anexos</i>	60

Índice de quadros

Quadro 1 – Frequências da variável Idade	19
Quadro 2 – Frequências da variável Estado Civil	20
Quadro 3 – Frequências da variável Situação Profissional	20
Quadro 4 – Frequências da variável Escolaridade	20
Quadro 5 – Frequências da variável Parentesco	21
Quadro 6 – Frequências da variável Co-Residência	21
Quadro 7 – Frequências da variável Suporte Formal	22
Quadro 8 – Frequências da variável Rendimentos	23
Quadro 9 – Frequências da variável Cuidador Secundário	23
Quadro 10 – Frequências do Índice de Barthel	30
Quadro 11 – Estatística Descritiva do Índice Barthel	31
Quadro 12 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e Suporte Formal	31
Quadro 13 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e da variável Tempo Dispendido	32
Quadro 14 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e da variável Duração do Cuidado	33
Quadro 15 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e da variável Situação Profissional	33
Quadro 16 – Correlações de Pearson entre o Índice de Barthel e as variáveis Idade e Rendimento	34
Quadro 17 – Correlações de Spearman entre o Índice de Barthel e as variáveis sócio-demográficas (Escolaridade, Estado Civil, Situação Profissional, Parentesco, Duração, Tempo, Suporte Formal)	35
Quadro 18 – Estatística Descritiva do QASCI	35
Quadro 19 – Correlações de Pearson das variáveis Idade e Rendimento com o QASCI	37
Quadro 20 – Correlações de Spearman entre as subescalas do QASCI e as restantes variáveis sócio-demográficas	37
Quadro 21 – Estatística Descritiva das diferentes partes do Brief COPE	38
Quadro 22 – Correlações de Pearson entre as diferentes partes do Brief COPE e as variáveis Idade e Rendimento	40
Quadro 23 – Correlações de Spearman entre as diferentes partes do Brief	

COPE e as restantes variáveis sócio-demográficas consideradas	41
Quadro 24 – Correlações de Pearson entre o Índice de Barthel e as diferentes partes do QASCI	42
Quadro 25 – Correlações de Pearson entre o Índice de Barthel e as diferentes partes do Brief COPE	43
Quadro 26 – Correlações de Pearson entre as diferentes partes do QASCI e as diferentes partes do Brief COPE	45

Índice de Figuras

Figura 1 – Percentagens da variável Duração dos Cuidados (em anos)	21
Figura 2 – Percentagens da variável Tempo do cuidado (em horas)	22
Figura 3 – Exemplo do Questionário sócio-demográfico	24
Figura 4 – Exemplo do Índice de Barthel	25
Figura 5 – Exemplo do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)	26
Figura 6 – Exemplo do Brief COPE	28

Índice de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado	61
Anexo II – Questionário Sócio-demográfico	63
Anexo III – Índice de Barthel	66
Anexo IV – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)	68
Anexo V – Brief COPE	72
Anexo VI – Outputs das Frequências do Questionário sócio-demográfico	75
Anexo VII – Outputs da Estatística Descritiva do Índice de Barthel	79
Anexo VIII – Outputs das Crosstabs entre o Índice de Barthel e as variáveis sócio-demográficas	81
Anexo IX – Outputs dos Coeficientes de Correlação entre o Índice de Barthel e as variáveis sócio-demográficas	84
Anexo X – Outputs da Estatística Descritiva do QASCI	87
Anexo XI – Outputs dos Coeficientes de Correlação entre o QASCI e as variáveis sócio-demográficas	92
Anexo XII – Outputs da Estatística Descritiva do Brief COPE	96
Anexo XIII – Outputs dos Coeficientes de Correlação entre o Brief COPE e as variáveis sócio-demográficas	102
Anexo XIV – Outputs dos Coeficientes de Correlação entre o QASCI e o Índice de Barthel	106
Anexo XV – Outputs dos Coeficientes de Correlação entre o Brief COPE e o Índice de Barthel	108
Anexo XVI – Outputs dos Coeficientes de Correlação entre o Brief COPE e o QASCI	110

1. Introdução

O envelhecimento da população, tanto em Portugal como no resto da Europa, é um problema social crescente, que tem consequências a variados níveis, especialmente na saúde. Afirma o European Alzheimer's Disease Consortium (EADC, 2007) que um dos problemas de saúde associados ao envelhecer é a doença de Alzheimer, que embora não seja a principal doença a afectar os idosos, tem a idade como factor de risco. Ainda segundo o EADC (2007), 800 mil novos diagnósticos são feitos por ano na Europa, e esta doença é responsável por 50% das dependências de pessoas idosas. A Alzheimer Portugal (2008) estima que existam em Portugal cerca de 70 mil casos de Alzheimer, presentemente.

No percurso da Doença de Alzheimer, existe a necessidade de envolver cuidados, quer de familiares ou de cuidadores formais, e por isso alguns trabalhos têm vindo a ser realizados na área dos cuidadores. Os cuidadores formais e informais diferem, essencialmente, na formação e gratificação monetária, sendo que os primeiros assumem ambas as características, e os segundos não. As investigações que focam os cuidadores informais analisam diferentes variáveis, como a depressão, o stress, a ansiedade, a qualidade de vida, e o bem-estar, na sua grande maioria. Sendo a situação de prestação de cuidados relativamente permanente, a tensão e sobrecarga deste papel podem afectar tanto o bem-estar do doente como o do cuidador informal.

No entanto, como em diversas outras situações, existem sempre diferenças individuais, nem todos os cuidadores informais são afectados da mesma forma pela situação de prestação de cuidados. Embora alguns possam evidenciar sintomatologia ansioso-depressiva ou baixa percepção da saúde física, outros adoptam estratégias de “coping” eficazes para lidarem com a situação. Os indivíduos que adoptam estratégias de “coping” eficazes para lidar com o sentimento de sobrecarga, à partida, não sofrerão os efeitos negativos que o acto de cuidar pode provocar.

A presente investigação tem como objectivo avaliar a sobrecarga nos cuidadores informais de pacientes com Alzheimer e as estratégias de “coping” que os mesmos utilizam para lidar com a situação.

Desta forma, serão apresentados os aspectos teóricos a desenvolver, nomeadamente o diagnóstico e evolução da doença de Alzheimer, a adaptação psicológica ao mesmo, e uma revisão teórica das estratégias de coping e da sobrecarga. Ainda, serão apresentados dados sobre as implicações físicas e psicológicas da doença de Alzheimer nos cuidadores.

Posteriormente, em termos da metodologia do presente estudo, serão discriminadas as variáveis a ser analisadas, bem como as metodologias adoptadas para realizar os objectivos propostos, a sua cotação, validade e fidelidade. Os resultados da aplicação destas metodologias serão seguidamente apresentados, bem como a análise dos mesmos. Por fim, serão tecidas algumas considerações sobre esta investigação.

2. Revisão Teórica

A. Doença de Alzheimer

A.1. Definição

A demência refere-se a um grupo de sintomas que se encontram em indivíduos com doenças cerebrais que resultam de danos e de perda de células cerebrais. Este é um processo natural, no entanto, as doenças que levam à demência aceleram o processo, tendo como consequência um funcionamento cerebral anormal (Alzheimer Europe, 2008).

Os sintomas de demência envolvem, normalmente, uma deterioração gradual e lenta da capacidade de funcionamento da pessoa, que não é reversível. Os danos cerebrais afectam o funcionamento mental do indivíduo (a memória, a atenção, a concentração, a linguagem, o pensamento) e isto, por sua vez, tem consequências no comportamento. Metade de todos os casos de demência são, segundo a Alzheimer Europe (2008), casos de doença de Alzheimer.

A doença de Alzheimer é progressiva, incurável e irreversível. Aos poucos, as pessoas com Alzheimer vão esquecendo todas as memórias e recordações (Reis, 2003).

A.2. Incidência e Prevalência

O European Alzheimer's Disease Consortium (EADC, 2007) refere que 800 mil novos diagnósticos são feitos por ano na Europa. Estima-se, ainda, que existiam cerca de 5.3 a 5.8 milhões de pessoas com demência, na Europa, em 2006 (Dementia in Europe, 2006). Estando as populações europeias a envelhecer, é de esperar que a prevalência aumente e que cada vez mais se diagnostique Alzheimer, sendo que a idade parece ser, até agora, o factor que mais se relaciona com o surgimento da doença.

A.3. Critérios de Diagnóstico

A Alzheimer's Association (2008) clarifica quais os dez principais sintomas da doença e os efeitos dos mesmos na vida do doente. Assim, o primeiro dos sintomas referidos é a perda de memória, de informações recentes, sendo que a pessoa começa a esquecer-se mais frequentemente de coisas quotidianas que não volta a recordar. A dificuldade de planear ou de executar tarefas do dia a dia, como esquecer-se de continuar a preparar uma refeição ou fazer um telefonema, é outro sintoma frequente da doença de Alzheimer. As dificuldades com a linguagem também são frequentes, sendo que o indivíduo se esquece de palavras simples ou

substituem aquelas palavras que querem dizer por outras, tornando o discurso difícil de entender. Outro sintoma frequente é a desorientação espaço-temporal, havendo situações em que as pessoas com Alzheimer se perdem nos seus bairros, se esquecem onde estão e como lá chegaram, e não sabem como voltar para casa.

O quinto sintoma mais frequente da doença de Alzheimer é a diminuição de juízo ou senso comum, podendo vestir-se de forma imprópria, vestindo muitas peças de roupa num dia quente ou pouca roupa num dia frio. Dificuldades com o pensamento abstracto também são frequentes, como esquecer para que servem os números e como usá-los. E ainda, perder objectos (e.g. pôr o relógio no frasco do açúcar), mudanças de humor ou comportamento repentinas, alterações na personalidade (e.g. podem tornar-se extremamente confusos, desconfiados ou assustados) e finalmente, perda de iniciativa, tomando uma atitude muito passiva (dormir muito, ou ver muita televisão, e não querer fazer qualquer tipo de actividade mais activa).

Até ao início da década de 80 o diagnóstico era especialmente de exclusão. Ou seja, o diagnóstico de Alzheimer surgia após se afastar por exclusão as causas passíveis de serem diagnosticadas para outros tipos de demência e perturbações cognitivas (Pinto, 1999). Actualmente, considera-se que este diagnóstico deve ser principalmente de inclusão, podendo em 90% dos casos ser feito pela avaliação clínica psiquiátrica e neurológica (Small et al., 1997). O diagnóstico deve, assim, ser apoiado numa anamnese psiquiátrica cuidada e aplicação de escalas para avaliação das funções cognitivas (Pinto, 1999).

A utilização rigorosa das escalas de avaliação psicológica, associadas aos critérios de diagnóstico da ICD-10, ou da DSM-IV, eventualmente em conjunto com os critérios NINCDS-ADRDA (Loewenstein, Ownby, Schram, Acevedo, Rubert & Argüelles, 2001), permitirá diagnosticar a doença de Alzheimer (Pinto, 1999).

A escala que mais frequentemente é usada para avaliar as funções cognitivas é a Mini Mental State Avaliation (MMSE), que permite avaliar facilmente a orientação, memória, atenção, calculo, linguagem, capacidade para cumprir ordens, compreensão escrita, aptidão para escrever um frase e habilidade construtiva (Pinto, 1999).

Além da anamnese psiquiátrica, em conjunto com a avaliação das funções cognitivas e comparação com critérios pré-definidos de diagnóstico de Alzheimer, existem outros tipos de processos diagnósticos não invasivos. Destes fazem parte a Electroencefalografia (E.E.G.), e a Tomografia Axial Computorizada (T.A.C.) e Ressonâncias Magnéticas (R.M.), que permitem observar por exemplo a diminuição das ondas Delta nas fases iniciais da doença.

A.4. Características de Evolução

A doença de Alzheimer evolui com alterações da memória, do discurso, declínio das funções cognitivas e do controlo emocional, no entanto, estas alterações podem sofrer interferências por outras doenças, demenciais ou não, que dificultam o diagnóstico e que devem ser afastadas (Pinto, 1999).

Segundo Reis (2003), podemos considerar três fases de progressão na doença de Alzheimer. Numa primeira fase, que dura entre 2 e 4 anos, o doente vai perdendo tanto a memória recente como a iniciativa e gosto pela vida. O raciocínio começa a ficar confuso e a personalidade e humor mudam. Ainda, aparecem dificuldades em lidar com dinheiro, em tomar decisões acertadas e em realizar tarefas diárias em tempo normal. São exemplos destes sintomas esquecer-se de números de telefone, de fechar as torneiras ou apagar o fogão.

Na segunda fase da doença, cuja duração varia entre 2 a 10 anos, é frequente haver perda acentuada de memória, falta de atenção, dificuldade em reconhecer familiares e amigos, e ainda, tendência para ver e ouvir coisas que não existem, dificuldades motoras e necessidade de assistência a tempo inteiro (Reis, 2003). São exemplos destes não conseguir assinar, conspirar e ser desconfiado, esquecer de imediato a visita de familiares e amigos ou acordar de noite e vaguear pela casa.

Numa terceira, e última, fase, é comum existirem sintomas como perda de peso, não reconhecimento de pessoas nem da própria imagem ao espelho, não comunicar com palavras, tendência para tocar e colocar tudo na boca, sensibilidade a infeções da pele, ataques do tipo epilépticos e ainda, não controlar as necessidades fisiológicas e incapacidade total para cuidar de si próprio.

Este esquema não é sequencial em todos os casos, variando de doente para doente. Há características que se podem manifestar em fases diferentes e outras nem se chegam a verificar (Reis, 2003).

Pinto (1999) descreve uma progressão da doença ligeiramente diferente, apresentada a seguir:

Estádio 1 (1 a 3 anos)

Memória – Dificuldade na aquisição de novos conhecimentos,

– dificuldade moderada de memória remota;

Capacidade visuo-espacial – desorientação topográfica,

– dificuldade em fazer construções complexas;

Linguagem – dificuldade em encontrar vocabulário,

– anomia;

Personalidade – indiferença e irritabilidade;

Alterações psiquiátricas – tristeza ou delírios;

Funções motoras – normais;

Imagiologia – EEG normal; TAC/RM normais.

Estádio 2 (2 a 10 anos)

Memória – dificuldade grave na aquisição de novos conhecimentos,

– dificuldade grave de memória remota;

Capacidade visuo-espacial – desorientação espacial,

– dificuldade importante em fazer construções complexas;

Linguagem – afasia fluente;

Personalidade – indiferença e irritabilidade;

Alterações psiquiátricas – em alguns doentes, actividade delirante;

Funções motoras – inquietação, deambulação (pacing);

Imagiologia – EEG ritmo de base lento; TEC/RM normal ou atrofia cortical com dilatação ventricular e alargamento dos sulcos.

Estádio 3 (8 a 12 anos)

Funções intelectuais gravemente afectadas;

Funções motoras – rigidez e postura em flexão;

Controlo dos esfíncteres – incontinência urinária e fecal;

Imagiologia – EEG lentificação difusa; TAC/RM dilatação ventricular e alargamento dos sulcos.

A.5. Adaptação Psicológica ao Diagnóstico

Os indivíduos reagem de formas diferentes em situações de stress, e nas situações de saúde isto não é diferente. Assim, ao diagnóstico de doença crónica as reacções poderão ser as mais variadas. A teoria do “choque” descrita por Shontz (1991), que assume o choque da descoberta como a primeira fase de coping que os indivíduos experienciam após o diagnóstico de doença crónica, define que o individuo fica normalmente desorientado, comportando-se de forma automática e com sentimentos de indiferença face à situação. No seguimento desta fase, surge a “reacção do defrontar” referida por Shontz (1991) como uma fase caracterizada por um

pensamento desorganizado e sentimentos de perda, luto, desamparo e desespero. Uma terceira fase que Shontz (1991) refere como fazendo parte das mudanças imediatas que se seguem ao diagnóstico, é a do retraimento, caracterizada pela negação do problema e das implicações deste, e por uma retirada do “self”. Esta fase vai funcionar como uma plataforma de lançamento para uma reorientação gradual da realidade da situação, e do enfrentar da doença.

Outra teoria que se poderia aplicar na adaptação psicológica ao diagnóstico é a teoria da “crise” de Moos e Schaefer (1984), que afirmaram que a doença física pode ser considerada uma crise uma vez que representa um ponto de viragem na vida do indivíduo. Deste modo, as mudanças que a doença física cria, podem ser conceptualizadas como crise. São exemplos a mudança na identidade, mudanças na localização, no papel, no apoio social e no futuro (Ogden, 1999). No entanto, o processo de coping que esta teoria descreve não se aplica na totalidade à doença de Alzheimer, pois considera factores como experiência anterior, procedimentos especiais de tratamento, lidar com a dor, e outros relacionados com doenças crónicas que não são neuro-degenerativas.

B. Sobrecarga e Coping

B.1. Sobrecarga

O stress é um resultado da transacção entre o indivíduo e o meio (Lazarus & Folkman, 1984), sendo que na transacção os processos cognitivos têm muita importância. O stress veio a transformar-se um elemento caracterizador da actualidade, chegando mesmo a ser considerado a doença social do século XX. Pode ser visto, também, como um problema de saúde pública, responsável por custos directos e indirectos, a nível da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos (Almeida & Sampaio, 2007). As investigações nesta área destinavam-se inicialmente à medida do stress em diferentes contextos. Um desses contextos era o emprego, onde certos indivíduos desenvolviam sintomatologia relacionada com stress agudo, mas não exactamente da forma que até ali se conhecia (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Nas décadas de 60/70, as investigações de stress nesta área voltaram-se para os empregos emocionalmente desgastantes, substituindo o “stress” pela expressão “burnout”, pois esta leva em consideração as consequências emocionais e comportamentais a longo prazo, da exposição prolongada ao stress (Hastings, Horne, Mitchell, 2004). “Burnout” foi definido como um estado de exaustão física, emocional e mental que surge quando os trabalhadores se sentem sobrecarregados pelas situações emocionalmente exigentes que ocorrem a longo prazo no seu emprego (Aitken & Schloss, 1994).

O “burnout” é uma das consequências de uma exposição prolongada a um nível de stress elevado e pode ser entendido como uma resposta prolongada perante a presença crónica de indutores de stress emocional e interpessoal associados ao posto de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Esta resposta induz atitudes negativas para com as pessoas com as quais se trabalha e para com o próprio papel profissional, levando em consideração a experiência de se sentir emocionalmente esgotado.

No que diz respeito à saúde em geral, e à prestação de cuidados em particular, o termo mais usado para descrever sintomatologia referente ao stress é a expressão “burden”. O “burden”, ou “sobrecarga”, pode ser definido como um estado psicológico resultante da combinação de trabalho físico, pressão emocional, restrições sociais, assim ainda das dificuldades económicas que surgem na prestação de cuidados (Roig, Abengózar & Serra, 1998). Outra definição de sobrecarga do cuidador apresentada por Lawton, Moss, Kleban, Glicksman e Rovine, em 1991, (citado por Pickett, Altmaier & Paulsen, 2007) é a de «percepção de stress psicológico, ansiedade, depressão, desmoralização e perda generalizada de liberdade pessoal, atribuídas directamente à prestação de cuidados».

Zarit e Zarit (1982) separaram este constructo em dois, nomeadamente a sobrecarga objectiva (o stress associado com o acto de prestar cuidados físicos) e a sobrecarga subjectiva (as consequências psicológicas da prestação de cuidados). Zarit et al. (1986) definiram a sobrecarga do cuidador como o nível no qual a saúde emocional ou física e a vida social ou financeira do cuidador sofreram como consequência do acto da prestação de cuidados.

Quanto aos factores que influenciam o sentimento de sobrecarga, segundo Majerovitz (2007), os cuidadores com maior idade e com pior saúde física experienciam maior nível de sobrecarga. Num outro estudo, de Rinaldi e colaboradores (2005), factores como distúrbios comportamentais do doente, idade do cuidador e tipo de relação anterior são de extrema importância no que diz respeito ao nível de sobrecarga do cuidador. Quanto ao género, não parecem existir diferenças significativas (Gilbar, 1999), embora o suporte social aparente ter uma contribuição importante para a não existência de sentimentos de sobrecarga (Majerovitz, 2007; Zarit et al, 1980).

Ainda em relação aos factores que influenciam os níveis de sobrecarga, Braithwaite (citado por McConaghy & Caltabiano, 2005) afirma que acções como dar banho, actividades domésticas, supervisionar e tomadas de decisão não se relacionam com o nível de sobrecarga. E ainda, que a grande maioria dos cuidadores sentia uma maior sobrecarga por prestar cuidados 24 horas por dia, por serem incapazes de terminar tarefas domésticas e por terem os seus planos alterados à última hora.

Por ser um sentimento com o qual é difícil viver, esforços tem sido aplicados numa solução para o mesmo. Por isto, foi criado nos Estados Unidos um programa de intervenção chamado Minnesota Family Workshop (MFW), para cuidadores de pessoas com demência, que reduziu as reacções negativas dos cuidadores face a certas situações, e também reduziu o nível de sobrecarga ao longo do tempo (Ostwald, Hepburn & Caron, 2000). Os mesmos autores defendem que as intervenções que utilizam apoio e educação são mais eficazes na redução do nível de sobrecarga e depressão no cuidador, do que aquelas que sugerem apenas apoio.

Os objectivos do MFW passavam por dar aos cuidadores informações sobre demência e como esta afecta os doentes, os cuidadores e a família, e também por desenvolver e fortalecer as tarefas domésticas diariamente. Ainda, o MFW pretendia fortalecer os sentimentos de confiança e crença dos cuidadores, no sentido que conseguiram lidar com os problemas que surgissem. Por fim, o MFW pretendia ainda, melhorar a comunicação no seio da família, aumentando a congruência da percepção que o cuidador e a restante família tinham do nível de inimizabilidade do doente, e facilitando a capacidade da família de colaborar de forma a encontrar soluções para a gestão da situação.

No nosso país, a Alzheimer Portugal ocupa uma posição muito importante junto dos cuidadores informais, fornecendo informação e apoio aos cuidadores, através de consultas médicas, de psicologia, e ainda grupos de apoio.

B.2. Coping

O Dicionário de Psicologia define “coping” como:

«Conjunto das estratégias às quais o indivíduo recorre para fazer frente a uma solicitação externa ou interna avaliada como constrangedora. As estratégias para fazer frente a esse tipo de solicitações têm por objectivo restabelecer o controlo da situação considerada como stressante. A forma como o indivíduo avalia a estimulação ameaçadora em função da situação na qual ele se encontra e da actividade na qual está comprometido determina as modalidades às quais ele recorre para controlar a situação (Doron & Parot, 2001, p.188). »

Os modelos tradicionais de “coping” tinham tendência a enfatizar traços ou estilos, ou seja estruturas do “self”, que após criadas se presumia que fossem estáveis ao longo da vida (Lazarus & Folkman, 1984). E se assim fosse, seria mais fácil medir este conceito na investigação, podendo predizer que tipo de “coping” o indivíduo usaria cada vez que se encontra numa situação stressante, pois o tipo de “coping” usado tornar-se-ia um traço. Por outras palavras, o carácter estável do tipo de estratégia de “coping” usado torná-lo-ia parte integrante dos mecanismos de defesa (Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D., 1998). No entanto, a medição de traços de “coping” não tem muito valor preditivo no que diz respeito aos actuais processos de “coping” (Lazarus & Folkman, 1984). A partir desta perspectiva inicial, foram feitas algumas alterações no sentido de separar os mecanismos de defesa do “coping” propriamente dito. A modificação principal consistiu em diferenciar os comportamentos relacionados com os mecanismos de defesa dos relacionados com o “coping”. Esta abordagem foi muito criticada, pelas dificuldades teóricas que se apresentam quando se tenta testar empiricamente a mesma (Folkman & Lazarus, 1980).

Posteriormente a esta fase, uma segunda geração de investigadores desenvolveu uma nova perspectiva em relação ao “coping”, que pretendia salientar os comportamentos deste e os seus determinantes cognitivos e situacionais (Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D., 1998). A partir desta fase, passou-se a conceptualizar o “coping” como um processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, estando a ênfase tanto no processo, como nos traços de personalidade (Folkman & Lazarus, 1985).

Mais recentemente, na década de 90, uma terceira vaga de investigadores orientou-se para o estudo das semelhanças entre “coping” e personalidade. Isto foi motivado por alguns estudos, que evidenciaram que os factores situacionais só por si, não explicam a variabilidade de estratégias de “coping” utilizadas pelos indivíduos. Os traços de personalidade estudados que mais se relacionam às estratégias de “coping” são o optimismo, a rigidez, a auto-estima e o locus de controlo (Carver & Scheier, 1994; Lopez & Little, 1996).

Embora muitos anos tenham passado desde o início do estudo do “coping”, não se chegou ainda a um entendimento verdadeiramente compreensivo da sua estrutura.

B.2.1. Modelos

O modelo cognitivo de Folkman e Lazarus (1980) propõe dividir o coping em duas categorias funcionais: coping focado no problema e coping focado na emoção. Esta categorização baseou-se em análises factoriais que geraram dois factores principais utilizados pelos investigadores para definir os dois tipos de estratégias de coping (Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D., 1998). Nesta perspectiva, coping define-se como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objectivo de lidar com situações específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como um excesso ou uma sobrecarga para os seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Este conceito implica que as estratégias de “coping” sejam acções intencionais que possam ser aprendidas, usadas e posteriormente descontinuadas. Logo, todos os mecanismos de defesa não intencionais não poderiam ser considerados estratégias de “coping”.

A perspectiva de Folkman e Lazarus (1980) assume quatro definições essenciais. A primeira define que o “coping” é um processo ou interacção que acontece entre o indivíduo e o ambiente, enquanto a segunda estabelece que a sua função, a do “coping”, é de gerir a situação stressante, e não controla-la. O terceiro conceito determina que os processos de “coping” partem da noção de avaliação, ou seja, da forma como se processa na mente o indivíduo a sequência entre a percepção da situação stressante e a apresentação de uma estratégia de “coping”. Por último, o modelo de Folkman e Lazarus (1980) define que o processo de “coping” se organiza numa mobilização de esforço, através da qual se irá reunir esforços cognitivos e comportamentais para gerir as questões internas ou externas que surgem da interacção com o ambiente.

Por definição, “coping” é visto como um mediador entre uma situação stressante e o resultado da mesma (Folkman & Lazarus, 1980). Contudo, existe uma relação intrínseca entre as estratégias de coping e os seus resultados. Este facto criou algumas dificuldades, que levaram Rudolph, Dennig e Weisz (1995) a sugerir uma perspectiva ligeiramente diferente de “coping”. Nesta existe uma tentativa de separação entre três aspectos fundamentais: a resposta de “coping”, o objectivo subentendido a essa mesma resposta e, o resultado da resposta.

Ao falar de “coping” é importante diferenciar entre estilos e estratégias. Em geral, os estilos de “coping” estão mais relacionados com características de personalidade ou a resultados de coping, enquanto as estratégias se relacionam com acções cognitivas ou comportamentais. Embora os estilos possam, de certa forma, afectar as estratégias escolhidas, estes são acontecimentos diferentes, com origens teóricas também diferentes.

Referem Carver e Scheier (1994), que os indivíduos desenvolvem formas repetitivas de lidar com o stress e que estes hábitos ou estilos podem influenciar as suas reacções a novas situações. O estilo de coping é, aqui, definido como aquele que se usa mais frequentemente, não por se preferir, mas porque é essa a tendência que existe, frente a situações stressantes. Os estilos de coping não pressupõem a relação com alguns traços de personalidade que possam predispor a pessoa a responder de determinada forma. Na realidade, estes podem salientar uma tendência a responder de determinada forma perante determinado tipo de situação.

As estratégias de coping, por outro lado, têm-se relacionado com agentes situacionais. Folkman e Lazarus (1980) salientam o papel das estratégias de coping referindo que estas podem mudar de momento para momento, durante as diferentes fases de uma situação stressante. Tendo em conta a variabilidade individual, parece impossível tentar prever respostas situacionais, baseando-se apenas no estilo típico de coping de uma pessoa.

B.2.2. Estratégias de Coping

Kneebone e Martin (2003) consideram a existência de dois tipos de estratégias de coping: focadas na emoção e focadas no problema. A primeira descreve processos cognitivos, cujo objectivo principal é diminuir o sofrimento emocional. Estes processos podem incluir o uso de estratégias como o evitamento, a minimização, o distanciamento, atenção selectiva, entre outras. As estratégias focadas no problema são semelhantes às estratégias utilizadas para a resolução de problemas, ou seja, definir o problema, gerar soluções alternativas, analisar os custos e benefícios de cada solução, escolher e actuar. A escolha de uma dada estratégia em determinada situação varia de acordo com a natureza do agente stressante. No caso do cuidador

de pacientes de Alzheimer, quando se sente a perda do ente amado como o conheciam, o indivíduo pode escolher entre não pensar nisso (evitamento) ou tentar perceber o que poderá fazer com o paciente para trazer ao de cima parte de quem ele foi (resolução de problemas).

Folkman e Lazarus (1980) também especificam estes dois tipos diferentes de estratégias de “coping”, classificadas pela sua função. Ou seja, a função das estratégias de “coping” focadas na emoção é reduzir a sensação física e psicológica desagradável que a situação stressante provoca. Quanto às estratégias focadas no problema, a sua função é alterar o problema existente na relação entre o ambiente e a pessoa, que causa a situação de stress.

Quanto à escolha entre tipos de estratégias, Folkman e Lazarus (1980) teorizam que é feita dependendo da avaliação, feita pelo indivíduo, da situação de stress. Existem dois tipos de avaliação, explicados por Folkman e Lazarus (1980): a avaliação primária, através da qual os indivíduos avaliam o risco de determinada situação de stress, e a avaliação secundária, onde os indivíduos analisam quais os recursos disponíveis e opções para lidar com o problema. Em situações de stress percebidas como modificáveis, o coping focado no problema tende a ser mais comum, enquanto que nas não modificáveis é mais frequente a escolha de estratégias focadas na emoção (Folkman & Lazarus, 1980).

Mais recentemente, outros autores defendem a existência de um terceiro tipo de estratégia, embora não se refiram à mesma. O’Brien e DeLongis (1996) apresentaram uma terceira estratégia focada nas relações interpessoais, onde o indivíduo procura o apoio das pessoas do seu círculo social para ajuda na resolução da situação de stress. Por outro lado, Endler e Parker (1990) defenderam que existe uma terceira estratégia focada no evitamento, à qual pertencem estratégias como negação, evitamento e fuga, que são normalmente categorizadas como estratégias focadas na emoção. Aliás, Folkman e Moskowitz (2004) referem que embora as medidas tradicionais de coping focado na emoção, combinem frequentemente estratégias de aproximação com estratégias de evitamento, estes dois tipos de coping podem na realidade ter efeitos muito diferentes, e mesmo, estarem inversamente relacionados.

C. Implicações Físicas e Psicológicas da Doença de Alzheimer nos Cuidadores

Cuidar de um familiar com Alzheimer pode causar problemas físicos e psicológicos, e à medida que a doença avança, estes podem-se tornar mais graves. O processo de prestação de cuidados a um familiar com demência é tido como cronicamente stressante, tendo, potencialmente, consequências negativas ao nível da saúde do cuidador (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). Ainda Vitaliano, Zhang e Scanlan (2003), referem que os cuidadores de pessoas com demência estão expostos a dificuldades físicas e psicológicas num espaço de tempo que varia entre 5 a 15 anos, suportando todas as actividades domésticas, e expostos também aos sintomas de depressão, raiva, agitação e paranóia por parte dos doentes.

As consequências do papel do cuidador são geralmente avaliadas em cinco domínios diferentes: social e lazer, profissional, rendimento, qualidade das relações inter-pessoais, e saúde mental e física. Comparando com outros cuidadores, os que cuidam de pacientes com demência gastam significativamente mais tempo no seu papel e tem muito maior impacto na sua situação profissional, financeira, nas relações familiares, e nas actividades sociais e de lazer.

Os cuidadores lidam com a deterioração progressiva da personalidade do ente amado, ou a perda do “self” que ocorre quando os doentes, embora aparentem estar fisicamente saudáveis, perdem a essência da sua personalidade (Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski e Rosenheck, 2005). Esta situação, juntamente com o assistir do sofrimento do familiar, ou mesmo à sua morte, são considerados os aspectos mais traumáticos da prestação de cuidados (McConaghy & Caltabiano, 2005). Esta actividade está relacionada com dificuldades como falta de exercício, insónia e flutuações de peso e perda de energia (Sansoni & Vellone, 2004). Além disto, os cuidadores experienciam frequentemente raiva e ansiedade que vão levar a comportamentos pouco saudáveis, tais como aumento do consumo de álcool, dieta desequilibrada, uso de tabaco e perturbações de sono (Sansoni & Vellone, 2004). Existem ainda estudos, que relacionam a actividade da prestação de cuidados com uma diminuição na imunidade do cuidador (Gitlin et al, 2003) e com aumento de doença cardiovascular (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003).

Relacionando outro tipo de variáveis com a prestação de cuidados, alguns estudos diferenciam entre homens e mulheres, em relação à percepção de saúde, sendo que as mulheres dizem ser mais saudáveis (Fudge, Neufeld & Harrison, 1997), mas também que as mulheres são no geral mais stressadas que homens, mesmo tendo mais actividades sociais (Meller, 2001). Ainda em relação às actividades sociais, os cuidadores que tem mais pessoas na sua rede social são normalmente mais saudáveis (Robinson & Steele, 1995). Ainda no que diz

respeito às implicações físicas da prestação de cuidados, alguns estudos procuraram saber, no seguimento da prestação de cuidados, quais seriam as implicações persistentes. Ou seja, após o doente falecer (ou ser colocado numa instituição), se persistia sintomatologia relacionada com a que existia antes deste acontecimento.

Por isto, Grant e colaboradores (2002) conduziram um estudo longitudinal para determinar se o stress crónico do cuidar do doente de Alzheimer, desaparecia após institucionalização ou morte do doente. Os resultados indicaram que apesar do humor e outras características melhorarem, podem existir alterações fisiológicas que fazem com que o sistema cardiovascular continue a responder de forma aguda a agentes stressantes, até 12 meses após a transição.

No que diz respeito às implicações psicológicas, cuidar de uma pessoa com demência coloca o cuidador numa posição de risco para perturbações psicológicas graves, tal como depressão (McConaghy & Caltabiano, 2005). Sansoni e Vellone (2004) afirmam num estudo que 76% dos cuidadores experienciavam ansiedade e 42% depressão. Por outro lado, Mahoney e colaboradores (2005) referem apenas 23.5% de cuidadores que experienciam ansiedade e 10.5% que experienciam depressão.

Alguns estudos, ainda, diferenciam os níveis de depressão experienciados por mulheres e homens, nomeadamente havendo um maior nível de depressão nas mulheres (Fudge, Neufeld & Harrison, 1997). No entanto, outros autores não encontraram diferenças significativas entre sexos (Gallicchio, Siddiqi, Langenberg & Baumgarten, 2002). Ainda, de acordo com Gallicchio e colaboradores (2002), as mulheres (cuidadoras) passam, em geral, mais tempo com o doente do que os homens, sendo que isto pode aumentar o risco de morbilidade. As mulheres prestadoras de cuidados também dão, em geral, mais assistência que os homens e tem menos ajudas (Lutzky & Knight, 2004).

Rinaldi e colaboradores (2005), sugerem que um relacionamento anterior pobre é um bom preditor de maior depressão e sobrecarga no cuidador, tal como Mahoney e colaboradores (2005).

Também no que diz respeito às consequências que perseveram após a morte do doente, a nível psicológico, alguns estudos apontam para que 41% dos “ex-cuidadores” apresentavam depressão moderada a grave, dois a três anos após a morte do doente, que não difere muito dos 43% de média de depressão em cuidadores actuais.

3. Formulação do Problema

O Alzheimer é uma doença na qual existe necessidade de envolver cuidados de familiares ou de prestadores de cuidados formais, e alguns trabalhos têm vindo a ser realizados na área dos cuidadores. Sendo esta uma situação relativamente permanente, a tensão e sobrecarga deste papel podem afectar tanto o bem-estar do doente como o do cuidador informal. São referidas pelos cuidadores, por exemplo, dificuldades financeiras e nas relações, e também redução do tempo para actividades de lazer e do apoio social (Northouse & Stetz, 1989, cit. por Pearce, 2005).

Apesar da associação da prestação de cuidados a um aumento de problemas físicos e mentais, é sabido que existem diferenças individuais (Haley, Levine, Brown, Berry & Hughes, 1987), e algumas pessoas adoptam estratégias de coping eficazes para lidarem com a situação.

No entanto, podem surgir por vezes sentimentos de sobrecarga. A sobrecarga do cuidador informal é considerada (Braithwaite, 1992, cit. por Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) uma perturbação consequente do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a ser cuidado.

Alguns estudos que focam atenções na sobrecarga (“*burden*”), concluem que o bem-estar dos cuidadores pode ser melhorado através de estratégias que reduzam a percepção desta (McConaghy & Caltabiano, 2005). Outros estudos defendem que uma saúde mental satisfatória é muito importante para limitar a sensação de sobrecarga do cuidador (Miura, Arai & Yamasaki, 2005), e ainda, que elevados níveis de percepção de sobrecarga estão muitas vezes associados a elevados níveis de depressão e ansiedade (Garand, Dew, Eazor, DeKosky & Reynolds, 2005).

Deste modo, é objectivo desta investigação avaliar o nível de sobrecarga e as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais e quais as relações entre estes.

3.1. Objectivo Geral

- Avaliar o nível de sobrecarga em cuidadores informais de pessoas com Alzheimer e o tipo de estratégias de coping utilizadas.

3.2. Objectivos Específicos

- Caracterizar os cuidadores informais segundo variáveis sócio-demográficas e clínicas
- Avaliar o nível de sobrecarga

- Avaliar o tipo de estratégias de coping utilizados pelos cuidadores informais
- Analisar a relação entre nível de sobrecarga e as estratégias de coping usadas pelos cuidadores.

4. Metodologia

4.1. Tipo de Estudo

O presente estudo define-se como uma investigação quantitativa, correlacional e transversal das variáveis principais (nível de sobrecarga e estratégias de coping) e das variáveis secundárias (idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação laboral, rendimento mensal, parentesco, duração do cuidado em anos, tempo por dia, suporte social, existência de cuidador secundário e existência de co-residência, e nível de dependência do doente).

Escolheu-se este tipo de investigação com o intuito de explicar os resultados através das relações estatísticas entre variáveis, num único momento (Ribeiro, 2007).

4.2. Variáveis

As variáveis principais em estudo serão o nível de sobrecarga e as estratégias de coping dos cuidadores informais.

Quanto às variáveis secundárias, será estudado o nível de dependência da pessoa com doença de Alzheimer, e também variáveis sócio-demográficas.

As variáveis sócio-demográficas serão estudadas a partir de um questionário com formato directivo, sendo constituído por 12 itens. A primeira variável refere-se à idade, sendo de resposta aberta. Posteriormente criaram-se intervalos para melhor analisar esta variável (17 a 25, 26 a 35, 36 a 45, 46 a 55, 56 a 65, 66 a 75, > 76 anos). A segunda variável refere-se ao sexo do cuidador (feminino/masculino). A variável referente à escolaridade é composta por quatro opções: ensino básico, ensino secundário, ensino superior, outro (sendo esta em aberto).

A quarta variável diz respeito ao Estado Civil do cuidador, havendo quatro opções: solteiro, casado/unido de facto, viúvo, divorciado/separado de facto. A variável seguinte é referente à situação profissional do cuidador, sendo as opções: activa, desempregado, reformado e outra (resposta aberta). A variável dos Rendimentos do agregado foi deixada em aberto, tendo sido posteriormente transformada em intervalos, tal como com a variável idade (250 a 500, 501 a 750, 751 a 1000, 1001 a 1500, 1501 a 3000, > 3001 euros). Na variável seguinte, existência de co-residência com a pessoa com Alzheimer, existem duas hipóteses de resposta: afirmativa ou negativa.

A variável Parentesco tem, tal como outros itens, quatro opções de resposta: cônjuge, filho, neto e, a opção aberta, outro. Seguidamente surgem as variáveis Duração do cuidado (em anos) e Tempo por dia gasto na actividade, ambas com quatro opções de resposta: 1 a 3 anos, 3 a 5 anos, 5 a 10 anos, >10 anos e <1 hora, 1 a 3 horas, 3 a 5 horas e >5 horas, respectivamente. A variável relativa à existência de Suporte Formal tem igualmente quatro hipóteses de resposta, sendo estas: ambos, suporte de enfermagem, suporte social ou nenhum.

Por fim, a variável existência de cuidador secundário, cujas opções de resposta são sim e não.

4.3. Amostra

Os critérios utilizados para seleccionar os cuidadores que fazem parte da amostra foram: o desempenho de funções de cuidador de sujeito com doença de Alzheimer e não ser remunerado por esta actividade.

Participaram 62 cuidadores, sendo 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A média das idades é de 47 anos, existindo um desvio-padrão de 20,25. Os cuidadores têm idades compreendidas entre os 17 e os 96 anos, sendo a maioria entre os 36 e os 45 anos (18%), e os restantes entre os 26 e os 35 anos (16%), os 46 e os 55 anos (16%), os 66 e 75 anos (16%). Os intervalos de idades com menor expressão são os dos 17 aos 25 anos (11%), dos 56 aos 65 anos (11%) e com mais de 76 anos (11%).

	Frequência	%
17 a 25 anos	7	11,3
26 a 35 anos	10	16,1
36 a 45 anos	11	17,7
46 a 55 anos	10	16,1
56 a 65 anos	7	11,3
66 a 75 anos	10	16,1
+ de 76 anos	7	11,3

Quadro 1 – Frequências da variável Idade

Os cuidadores casados ou unidos de facto perfazem 68% da amostra. Os solteiros totalizam 21% e os viúvos 10% dos cuidadores inquiridos. Da totalidade da amostra apenas 1 indivíduo era divorciado ou separado.

	Frequência	%
Solteiro	13	21
Casado/Unido de facto	42	67,7
Viúvo	6	9,7
Divorciado/Separado	1	1,6

Quadro 2 – Frequências da variável Estado Civil

Mais de metade dos cuidadores encontram-se a trabalhar (53%), estando apenas 8% desempregados. São 29% os reformados e 10% os que se encontram com outra situação profissional.

	Frequência	%
Activa	33	53,2
Desempregado	5	8,1
Reformado	18	29
Outra	6	9,7

Quadro 3 – Frequências da variável Situação Profissional

Os cuidadores com o ensino secundário concluído totalizam 43% da amostra, havendo 29% com o ensino superior. Ainda, os restantes participantes referiram ter apenas o ensino básico concluído (23%) ou um outro tipo de ensino ou curso (5%).

	Frequência	%
Ensino Básico	14	22,6
Ensino Secundário	27	43,5
Ensino Superior	18	29
Outro	3	4,8

Quadro 4 – Frequências da variável Escolaridade

De todos os cuidadores inquiridos, 34% são filhos da pessoa com Alzheimer e 27% são esposos. Ainda, 26% dos cuidadores são netos da pessoa com Alzheimer, e os restantes 13% têm outro tipo de relação com este.

	Frequência	%
Cônjuge	17	27,4
Filho	21	33,9
Neto	16	25,8
Outro	8	12,9

Quadro 5 – Frequências da variável Parentesco

No que diz respeito à variável co-residência, 55% dos cuidadores partilham a sua habitação com a pessoa alvo dos cuidados, enquanto os restantes 45% não o fazem.

	Frequência	%
Sim	34	54,8
Não	28	45,2

Quadro 6 – Frequências da variável Co-Residência

O gráfico seguinte mostra as percentagens da variável Duração dos cuidados (em anos), estando a maioria localizada no intervalo de 3 a 5 anos (58%), seguida de 1 a 3 anos (31%). Dos restantes cuidadores, 8% presta estes cuidados entre 5 a 10 anos, e 3% há mais de 10 anos.

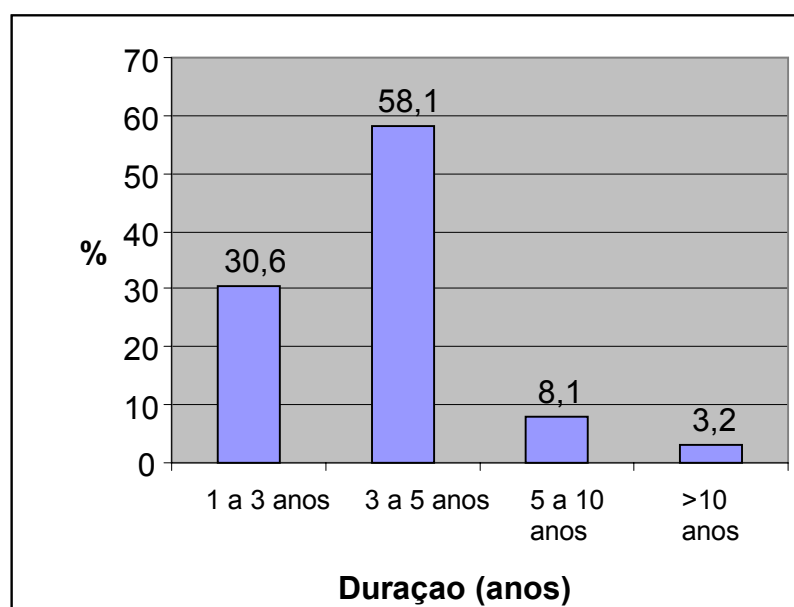


Figura 1 – Percentagens da variável Duração dos Cuidados (em anos)

A figura 2 mostra as percentagens de resposta dadas na variável Tempo gasto por dia nos cuidados (em horas). Verifica-se que 40% dos cuidadores gasta entre 1 a 3 horas por dia com a prestação de cuidados, e que 27% mais de 5 horas. Dos restantes inquiridos, 26% presta cuidados diariamente entre 3 a 5 horas, enquanto 7% passa menos de 1 hora nesta actividade.

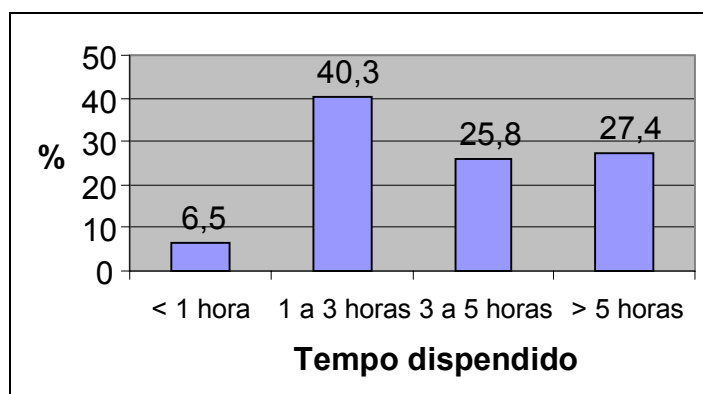


Figura 2 – Percentagens da variável Tempo do cuidado (em horas)

No quadro seguinte (quadro 6), verifica-se que 52% dos cuidadores não tem qualquer Suporte Formal para ajudar nos cuidados com a pessoa com Alzheimer. Dos cuidadores inquiridos que recebem apoio formal, 5% recebe suporte social, 14% suporte de enfermagem, e os restantes 29% suporte social e de enfermagem.

	Frequência	%
Ambos	18	29
Suporte Enfermagem	9	14,5
Suporte Social	3	4,8
Nenhum	32	51,6

Quadro 7 – Frequências da variável Suporte Formal

A média dos rendimentos dos cuidadores é de 765 euros, existindo um desvio-padrão de 956,67. Metade dos cuidadores refere rendimentos mensais entre os 250 e 750 euros (50%), seguidos pelos que auferem entre 1000 e 1500 euros (18%). Os restantes cuidadores

declararam o rendimento mensal do agregado entre 750 e 1000 euros (13%), os 1500 e 3000 euros (13%), e mais de 3000 euros (6%).

	Frequência	%
250 a 500 euros	15	24,2
501 a 750 euros	16	25,8
751 a 1000 euros	8	12,9
1001 a 1500 euros	11	17,7
1501 a 3000 euros	8	12,9
> 3001 euros	4	6,5

Quadro 8 – Frequências da variável Rendimentos

Finalmente, 73% dos cuidadores inquiridos refere existir um segundo cuidador, enquanto 27% são os únicos cuidadores da pessoa com Alzheimer.

	Frequência	%
Sim	45	72,6
Não	17	27,4

Quadro 9 – Frequências da variável Cuidador Secundário

4.4. Material

Os dados serão recolhidos com auxílio de um questionário sócio-demográfico, do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) e da escala Brief COPE (Carver, 1997).

Será utilizado um questionário sócio-demográfico, cujas variáveis a recolher são discriminadas seguidamente. O primeiro refere-se à idade, sendo de resposta aberta. O segundo item refere-se ao sexo do cuidador (feminino/masculino). O item referente à escolaridade é composto por quatro opções: ensino básico, ensino secundário, ensino superior, outro (sendo esta em aberto).

O quarto item diz respeito ao Estado Civil do cuidador, havendo quatro opções: solteiro, casado/unido de facto, viúvo, divorciado/separado de facto. O item seguinte é referente à situação profissional do cuidador, sendo as opções: activa, desempregado,

reformado e outra (resposta aberta). O item dos Rendimentos do agregado foi deixado em aberto. O item seguinte, existência de co-residência com a pessoa com Alzheimer, existem duas hipóteses de resposta: afirmativa ou negativa.

A variável Parentesco tem, tal como outros itens, quatro opções de resposta: cônjuge, filho, neto e, a opção aberta, outro). Seguidamente surgem os itens duração do cuidado (em anos) e tempo por dia gasto na actividade, ambos com quatro opções de resposta: 1 a 3 anos, 3 a 5 anos, 5 a 10 anos, >10 anos e <1 hora, 1 a 3 horas, 3 a 5 horas e >5 horas, respectivamente. O item relativo à existência de Suporte Formal tem igualmente quatro hipóteses de resposta, sendo estas: ambos, suporte de enfermagem, suporte social ou nenhum.

Por fim, o item existência de cuidador secundário, cujas opções de resposta são sim e não.

Na Figura 3 exemplificam-se as três primeiras variáveis a figurar no questionário e a forma como são apresentadas.

Idade _____

Sexo F ☐ M ☐

Escolaridade

Ensino Básico	
Ensino Secundário	
Ensino Superior	
Outro	

Figura 3 – Exemplo do Questionário sócio-demográfico

• Índice de Barthel

O Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) vai avaliar o grau de dependência do sujeito alvo de cuidados, nomeadamente a capacidade funcional e limitação nas actividades básicas da vida diária. O índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) é composto por 10 itens, pontuados num intervalo de 0 a 15, sendo estas pontuações posteriormente somadas. Estes itens são: Alimentação, Higiene Pessoal, Bexiga, Intestinos, Deslocação, Mobilidade/Marcha, Uso de W.C., Vestir, Banho, Escadas. A pontuação obtida nas diversas dimensões da escala varia entre 0 e 100, sendo que, entre 0-20 = dependência total, 21-60 =

dependência severa, 61-90 = dependência moderada, 91-99 = dependência fraca e 100 = independente (Rodrigues, Winck, Silveira & Almeida, 2002).

De seguida mostra-se um exemplo da apresentação do questionário, contendo as primeiras duas questões a inquirir (figura 4).

Alimentação	
Dependente	
Necessidade de ajudar (cortar, espalhar, manteiga)	
Independente (todas as acções)	
Higiene Pessoal	
Necessidade de ajuda	
Independente (para face/cabelo/dentes/barbear-se)	

Figura 4 – Exemplo do Índice de Barthel

• Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

O QASCI foi construído por Martins, Ribeiro e Garrett (2003), e é constituído por 32 itens, repartidos por 7 factores: Sobrecarga Emocional, Implicações na Vida Pessoal, Sobrecarga Financeira, Reacções a Exigências, Mecanismos de Eficácia e de Controlo, Suporte Familiar e Satisfação com o Papel e com o Familiar. As respostas apresentam-se numa escala ordinal de 5 pontos, oscilando entre 1 – Não/Nunca a 5 – Sempre. Referem Martins, Ribeiro e Garrett (2003) que a consistência interna da escala global foi de 0,90 e as diferentes subescalas apresentam valores entre 0,89 e 0,57, apresentando assim uma boa consistência interna em 6 dos seus componentes (valores superiores a 0,70). A análise da consistência interna feita neste estudo apresenta valores de 0,92 para a escala global e de 0,74 para as subescalas, apresentando igualmente uma boa consistência interna. A pontuação total da escala é feita pela soma dos resultados, por factor.

Na figura 5 podem-se ver as primeiras duas questões do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), nomeadamente patentes na subescala Sobrecarga Emocional.

	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga emocional					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5

Figura 5 – Exemplo do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

As restantes subescalas têm variadas questões que serão exemplificadas de seguida. A subescala Implicações na Vida Pessoal tem questões como:

- 6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?
- 10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?
- 13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?

A subescala Sobrecarga Financeira contém apenas duas questões, que são:

- 16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?
- 17. Sente que o futuro económico é incerto, por estar a tomar conta do seu familiar?

Da subescala seguinte, Reacções a Exigências, são exemplos as questões:

- 19. Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?
- 20. Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado para situações desnecessárias?
- 22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?

Em relação à subescala Mecanismos de Eficácia e de Controlo, surgem diferentes questões como:

- 23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?
- 24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?

As duas questões do Suporte Familiar são:

- 26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?
- 27. Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?

Finalmente, da subescala Satisfação com o Papel e com o Familiar, servem de exemplos as questões:

- 28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?
- 31. Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?
- 32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?

É de salientar que as questões deste questionário estão dirigidas para cuidadores que são também familiares da pessoa com doença de Alzheimer. Apesar da possibilidade de inquirir cuidadores que não o são, acredita-se que estes serão uma minoria.

- **Brief COPE**

Quanto ao Brief COPE foi desenvolvido por Carver (1997) baseando-se no questionário COPE de Carver, Scheier e Weintraub (1989) que embora considerado muito útil, tem sido “criticado” por ser muito longo e, portanto, coloca uma grande sobrecarga nos respondentes, no que diz respeito ao tempo necessário para responder. Constituído por 14 subescalas, contando no total 28 itens, 2 por cada subescala; as dimensões que o Brief COPE (Carver, 1997) avalia são o coping activo, o planeamento, a utilização de suporte instrumental, a utilização de suporte social emocional, a religião, a reinterpretação positiva, a auto-culpabilização, a aceitação, a expressão de sentimentos, a negação, a auto-distracção, o desinvestimento comportamental, o uso de substâncias e o humor. A Figura 6 ilustra as primeiras afirmações do questionário, ao qual se dão respostas sobre a frequência com que se pratica a acção.

	0	1	2	3
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação.				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
3. Tenho dito para mim próprio (a): “isto não é verdade”.				

Figura 6 – Exemplo do Brief COPE

São exemplos dos itens das diferentes subescalas os seguintes:

- Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação (Coping Activo).
- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação (Planear).
- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo (Suporte Instrumental).
- Procuro o conforto e compreensão de alguém (Suporte Social Emocional).
- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual (Religião).
- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva (Reinterpretação Positiva).
- Culpo-me pelo que está a acontecer (Auto-culpabilização).
- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer (Aceitação).
- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (Expressão Sentimentos).
- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo (Negação).
- Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação (Auto-distracção).
- Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo (Desinvestimento Comportamental).
- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor (Uso Substâncias).
- Enfrento a situação com sentido de humor (Humor).

O Brief COPE (Carver, 1997) tem como objectivo avaliar o coping traço ou o coping situacional, dependendo da forma verbal utilizada na escala de Likert e da introdução descrita no questionário. Neste estudo pretende-se avaliar as estratégias de coping traço. Logo, as respostas serão dadas numa escala de Likert de 4 pontos, de 0 – Nunca faço isto a 3 – Faço

sempre isto. Segundo Ribeiro e Rodrigues (2004), o estudo da consistência interna com recurso ao Alfa de Cronbach mostra valores adequados, tomando em consideração que se referem a dois itens por escala. Isto é, a consistência interna das escalas é satisfatória e segue padrões idênticos à versão original. No presente estudo a análise da consistência interna revelou-se semelhante à versão da adaptação do questionário (Ribeiro & Rodrigues, 2004), obtendo valores adequados ($> 0,60$) tendo em conta que existem dois itens por escala. As pontuações deste questionário criam um perfil, resultado da soma das respostas, por subescala.

4.5. Procedimentos

Contactou-se a Alzheimer Portugal, para pedir autorização para fazer a recolha da amostra com auxílio da Associação. Após a autorização, será explicado o conteúdo da investigação e será feita a recolha da amostra posteriormente. Vai-se recolher a amostra junto dos grupos de apoio que funcionam na Associação e junto dos cuidadores que frequentam a mesma quer no Centro de Dia ou em atendimentos/consultas. Antes da recolha, serão explicados os objectivos da investigação e será explicado ao indivíduo que as respostas serão não só confidenciais, como também anónimas. Seguidamente serão dadas as instruções dos questionários.

5. Apresentação dos Resultados

Em primeiro lugar, apresentam-se as estatísticas descritivas de cada um dos instrumentos utilizados no presente estudo, tendo em conta os objectivos do mesmo. De seguida, apresentam-se as relações entre os resultados obtidos nos questionários utilizados e as variáveis sócio-demográficas consideradas. Finalmente, apresentam-se as relações entre os vários questionários aplicados, nomeadamente as relações entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), e entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e o Brief COPE (Carver, 1997); seguidamente apresentam-se as relações entre o QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) e o Brief COPE (Carver, 1997).

5.1. Análise dos resultados do Índice de Barthel

5.1.1. Estatística Descritiva do Índice de Barthel

Feita a análise das respostas dadas neste questionário, obteve-se um quadro das frequências e percentagens das mesmas (quadro 10).

	Frequência	%
Dependência total	9	14,5
Dependência severa	22	35,5
Dependência moderada	20	32,3
Dependência fraca	3	4,8
Independente	8	12,9

Quadro 10 – Frequências do Índice de Barthel

Nesta pode-se verificar que a categoria em que mais pessoas alvo de cuidados se encontra, é a de Dependência Severa, totalizando 35,5% dos inquiridos, tendo obtido portanto uma pontuação total entre 21 e 60 valores. Seguidamente surge a categoria de Dependência Moderada com 32,5% das respostas, com uma pontuação total entre 61 e 90. Dos cuidadores inquiridos, 14, 5% refere um grau de dependência, da pessoa alvo

de cuidados, de zero valores, ou seja, não existindo qualquer área em que a pessoa seja minimamente funcional.

Do outro lado, 12,9% dos cuidadores totalizou a pontuação máxima, 100 pontos, sendo a pessoa com doença de Alzheimer considerada independente, no que diz respeito às áreas analisadas, não significando isso que não necessita de cuidados. Ainda em relação a este questionário, as pontuações mínima e máxima possíveis foram atribuídas, como referido anteriormente, constituindo assim o valor mínimo e máximo das respostas dadas (0 e 100); a média das pontuações foi de 60, e o desvio-padrão 30,9 (quadro 11).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Barthel	0	100	60,24	30,921

Quadro 11 – Estatística Descritiva do Índice Barthel

Relacionando os resultados do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) com as variáveis sócio-demográficas, obteve-se primeiramente o cruzamento de respostas dadas pelos cuidadores em ambos os questionários.

		Suporte Formal			
		Ambos	Enfermagem	Social	Nenhum
Barthel	Dependência total	4,8%	3,2%	0%	6,5%
	Dependência severa	16,1%	6,5%	1,6%	11,3%
	Dependência moderada	6,5%	4,8%	3,2%	17,7%
	Dependência fraca	0%	0%	0%	4,8%
	Independente	1,6%	0%	0%	11,3%

Quadro 12 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e Suporte Formal

Na quadro 12 pode-se verificar que 17,7% dos cuidadores inquiridos que respondeu não possuir qualquer suporte formal para o auxiliar na prestação de cuidados, obteve uma pontuação de *Dependência Moderada* no Índice de Barthel (Mahoney &

Barthel, 1965), que diz respeito ao nível de dependência da pessoa com doença de Alzheimer. As três categorias mais graves englobam 46,7% das respostas em que existe suporte formal para a prestação de cuidados, isto é, Os cuidadores que obtiveram uma pontuação total que varia entre *Dependência Total* e *Dependência Moderada*, são os mesmos que referem ter suporte, quer social, de enfermagem ou ambos.

Outro cruzamento de respostas que importa fazer é o do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) com a variável *Tempo Dispendido no cuidado (em horas)*. Assim, é importante analisar a quadro 13.

		Tempo Dispendido			
		< 1 hora	1 a 3 horas	3 a 5 horas	> 5 horas
Barthel	Dependência total	1,6%	3,2%	1,6%	8,1%
	Dependência severa	0%	17,7%	8,1%	9,7%
	Dependência moderada	1,6%	12,9%	11,3%	6,5%
	Dependência fraca	1,6%	1,6%	0%	1,6%
	Independente	1,6%	4,8%	4,8%	1,6%

Quadro 13 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e da variável Tempo Dispendido

Podemos verificar primeiramente uma distribuição mais uniforme das respostas, quando comparado com as da variável *Suporte Formal*, existindo apenas dois cruzamentos sem respostas. Da totalidade das respostas *Entre 1 a 3 horas*, 17,7% corresponde a pessoas com *Dependência Severa*, e 12,9% a pessoas com *Dependência Moderada*.

Como esperado, as maioria das respostas dadas na opção de resposta *> de 5 horas* acontece nas três categorias de dependência mais condicionada, ou seja, entre *Dependência Moderada*, *Severa* e *Total* (6,5%, 9,7% e 8,1%, respectivamente). Verifica-se ainda que o intervalo de tempo com menos respostas é o de *< de 1 hora*, totalizando apenas 6,4% das respostas.

De seguida, é relevante referir de que forma se distribuem as respostas da variável *Duração do cuidado (em anos)*, cruzando-as com as respostas do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), pois faz sentido que quanto maior seja a duração

do cuidado, maior seja também o nível de dependência, sendo o Alzheimer uma doença degenerativa progressiva e ainda sem cura. Deste modo, verifica-se (quadro 14) que as únicas respostas na opção *> de 10 anos*, correspondem ao nível de *Dependência Total* (3,2%).

As opções que mais respostas obtiveram foram as da duração de cuidados de *3 a 5 anos* em relação com um nível de *Dependência Moderada* (29%).

		Duração do cuidado (em anos)			
		1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 10 anos	>10 anos
Barthel	Dependência total	1,6%	6,5%	3,2%	3,2%
	Dependência severa	3,2%	29%	3,2%	0%
	Dependência moderada	12,9%	17,7%	1,6%	0%
	Dependência fraca	3,2%	1,6%	0%	0%
	Independente	9,7%	3,2%	0%	0%

Quadro 14 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e da variável Duração do Cuidado

Verifica-se ainda, que no mesmo intervalo de duração, existe um elevado número de respostas no nível de *Dependência Moderada* (17,7%). No que diz respeito aos primeiros níveis de dependência, ou seja, *Independente* e *Dependência Fraca*, salienta-se o facto de não existirem respostas a partir dos 5 anos de cuidado, facto que seria previsível como referido, pelo carácter degenerativo e progressivo da doença.

De seguida cruzam-se as respostas do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e da variável situação profissional (quadro 15).

		Situação Profissional			
		Activa	Desempregado	Reformado	Outra
Barthel	Dependência total	3,2%	0%	9,7%	1,6%
	Dependência severa	19,4%	0%	12,9%	3,2%
	Dependência moderada	16,1%	8,1%	3,2%	4,8%

		Situação Profissional			
	Dependência fraca	3,2%	0%	1,6%	0%
	Independente	11,3%	0%	1,6%	0%

Quadro 15 – Cruzamento das respostas do Índice de Barthel e da variável Situação Profissional

Pode-se verificar no quadro 15, que a maior parte das respostas foram dadas por cuidadores em situação profissional *Activa* (19,4%), cuja pessoa alvo de cuidados tem nível de *Dependência Severa*. Verifica-se também, que 22,6% dos cuidadores Reformados, cuidam de alguém com *Dependência Severa* (12,9%) e *Dependência Total* (9,7%).

É de notar, ainda que todas as respostas *Desempregado* se encontram na categoria *Dependência Moderada*.

5.1.2. Correlações entre o Índice de Barthel e as variáveis sócio-demográficas

No que diz respeito às relações entre as respostas do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e as variáveis sócio-demográficas, foi feito um Coeficiente de Correlação de Bravais-Pearson para as variáveis Idade e Rendimento, por serem variáveis de razão. Quanto às restantes variáveis sócio-demográficas, as correlações foram estabelecidas pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, por serem ordinais.

	Idade	Rendimento
Barthel	-,329 (**)	,336 (**)

**** A correlação é significativa para um nível de significância de 0,01.**

Quadro 16 – Correlações de Pearson entre o Índice de Barthel e as variáveis Idade e Rendimento.

Como se pode ver no quadro 16, a correlação entre estas variáveis (Idade e Rendimento) e o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) não tem valores estatisticamente significativos, existindo correlações muito fracas, para ambos, embora

uma seja positiva e outra negativa. No que diz respeito as correlações de Spearman e as restantes variáveis consideradas, pode-se ver no quadro 17 os resultados das mesmas.

	Escolaridade	Estado civil	Situação Prof.	Parentesco	Duração /Anos	Tempo /Horas	Suporte formal
Barthel	,239	-,076	-,272(*)	,198	-,557(**)	-,142	,309(*)

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 17 – Correlações de Spearman entre o Índice de Barthel e as variáveis sócio-demográficas (Escolaridade, Estado Civil, Situação Profissional, Parentesco, Duração, Tempo, Suporte Formal).

Existe uma correlação moderada negativa (-,557) entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a variável Duração do cuidado (em anos), sugerindo que quanto mais baixa for a pontuação do Índice de Barthel (mais dependente) (Mahoney & Barthel, 1965), maior será a duração dos cuidados. De resto não se salienta nenhuma correlação estatisticamente relevante.

5.2. Análise dos resultados do QASCI

5.2.1. Estatística Descritiva das partes do QASCI

Após análise das respostas dadas neste questionário, obteve-se o seguinte quadro (18):

	Sobrecarga emocional	Implicações vida pessoal	Sobrecarga financeira	Reacções exigências	Mecanismos Controlo	Suporte familiar	Satisfação papel
Média	13,81	37,71	6,71	8,71	9,42	6,35	9,77
Mediana	14	38	7	8	9	6	10
Moda	14	39	8	5	9	4(a)	10
Desvio-Padrão	3,029	7,636	1,859	3,231	2,162	2,561	3,175
Mínimo	5	12	2	5	5	2	5
Máximo	20	53	10	16	15	10	21
Percentis 25	12	34	6	6	8	4	7,75

50	14	38	7	8	9	6	10
75	16	41,25	8	11	11	8	12

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Quadro 18 – Estatística Descritiva do QASCI.

O quadro 18 contém a estatística descritiva do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, por subescalas. A primeira subescala é a da *Sobrecarga Emocional*, cujo menor valor possível é 4 e maior é 20. A média de respostas a esta subescala é 13,81, tendo um desvio-padrão de 3,029. A moda de resposta é 14, e o mínimo respondido foi 5, não atingindo portanto o menor valor possível.

Quanto à subescala *Implicações na Vida Pessoal*, o valor mínimo possível é 11 e o maior 55. A média de respostas nesta subescala é de 37,71 pontos, havendo um desvio-padrão de 7,63. No que se refere à moda, o valor mais representado é 39. O mínimo e máximos respondidos são 12 e 53, respectivamente, não atingindo os valores mínimo e máximo possíveis.

A subescala seguinte, *Sobrecarga Financeira*, tem como valores mínimo e máximos possíveis 2 e 10, respectivamente, sendo nesta ambos atingidos, representando os mínimos e máximos respondidos. A média da subescala é 6,71, com desvio-padrão de 1,86. A moda de respostas é 8.

Quanto às *Reações a Exigências*, a média é de 8,71, e o desvio-padrão 3,23. A moda de respostas é 5, e o mínimo e máximo respondidos são respectivamente, 5 e 16. O primeiro corresponde ao menor valor possível, mas o segundo fica um pouco aquém (25 pontos é o maior valor possível).

No que diz respeito à seguinte subescala, *Mecanismo de Eficácia e Controlo*, 3 e 15 são os valores menor e maior possíveis. A média desta subescala é de 9,42, e o desvio-padrão 2,16. A moda de respostas é 9, e o mínimo e máximo respondidos são 5 e 15.

Quanto à penúltima subescala, *Suporte Familiar*, o menor valor possível é 2 e o maior 10. A média de respostas é de 6,35, e o desvio-padrão 2,56. O mínimo respondido é 2 e o máximo 10, correspondendo aos valores possíveis. Esta subescala tem mais que uma moda, sendo a menor delas 4.

Finalmente, a subescala Satisfação com o Papel e com o Familiar, tem como valores mínimo e máximo possíveis, 5 e 25. O mínimo respondido corresponde ao

mínimo possível, e o máximo respondido é 21. A média desta subescala é de 9,77 e o desvio-padrão é 3,17. A moda é 10, correspondendo ao percentil 50.

5.2.2. Correlações entre o QASCI e as variáveis sócio-demográficas

No que diz respeito às relações entre as respostas às subescalas do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) e as variáveis sócio-demográficas, foi feito um Coeficiente de Correlação de Bravais-Pearson para as variáveis Idade e Rendimento, por serem variáveis de razão. Quanto às restantes variáveis sócio-demográficas, as correlações foram estabelecidas pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, por serem ordinais.

	Sobrecarga emocional	Implicações vida pessoal	Sobrecarga financeira	Reacções exigências	Mecanismos Controlo	Suporte familiar	Satisfação papel
Idade	,249	,216	,053	,145	,229	,157	,095
Rendimento	-,022	-,024	-,331(**)	-,078	-,260(*)	-,336(**)	-,315(*)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 19 – Correlações de Pearson das variáveis Idade e Rendimento com o QASCI

Analisando o quadro 19 verificam-se apenas correlações não estatisticamente significativas entre a variável Rendimento e algumas subescalas do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), nomeadamente o Suporte Familiar e a Sobrecarga Financeira. Quanto às restantes variáveis sócio-demográficas consideradas, apresenta-se de seguida no quadro 20 as correlações com o coeficiente de Spearman.

	Sobrecarga emocional	Implicações vida pessoal	Sobrecarga financeira	Reacções exigências	Mecanismos Controlo	Suporte familiar	Satisfação papel
Escolaridade	-,058	,048	-,087	-,082	-,056	-,062	-,155
Estado civil	,187	-,021	,037	-,098	-,135	,032	-,044
Situação Prof.	,033	,137	,011	,285(*)	,121	-,052	,220
Parentesco	-,253(*)	-,188	-,072	-,003	-,308(*)	-,268(*)	-,143
Duração/anos	,337(**)	,253(*)	,308(*)	,212	,307(*)	,297(*)	,342(**)

Tempo/horas	,108	,073	-,064	,057	,013	-,185	,026
Suporte formal	-,089	-,126	-,187	-,200	-,151	-,220	-,189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 20 – Correlações de Spearman entre as subescalas do QASCI e as restantes variáveis sócio-demográficas

Da análise do quadro 20 obtêm-se novamente resultados que não são estatisticamente significativos, apresentando-se correlações muito fracas. No entanto, estas são ainda de salientar pelas relações que apresentam. Isto é, a correlação fraca entre a variável *Duração do Cuidado* e a subescala *Sobrecarga Emocional* (,337), indicando que quanto maior é a duração do cuidado (em anos), maior é também a sobrecarga emocional do cuidador. Ainda em relação à variável *Duração do Cuidado*, surge uma correlação fraca (,342) com a subescala *Satisfação com o Papel e com o Familiar*, podendo indicar que quanto maior é duração do cuidado maior é a insatisfação com o papel de cuidador. Nenhum dos restantes resultados tem valor estatisticamente significativo.

5.3. Análise dos resultados do Brief COPE

5.3.1. Estatística Descritiva do Brief COPE

Feita a análise das respostas dadas neste questionário, obteve-se o seguinte quadro (quadro 21):

	Cop activo	Planear	Sup instr	Sup soc emoc	Religião	Reint pos	Auto-culp	Aceitação	Exp sent	Negação	Auto dist	Desinv comp	Uso subs	Humor
Média	3,4	3,44	3,37	3,45	2,87	3,56	2,56	3,34	3,19	3,02	3,03	2,35	1,19	2,9
Mediana	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	,5	3
Moda	3	3	3	3	2(a)	3	3	4	3	3	3	3	0	3
Desvio-padrão	1,12	1,24	1,31	1,05	1,65	1,03	1,43	1,29	1,08	1,35	1,17	1,31	1,49	1,32
Mínimo	1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Máximo	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	5	5	6
Perce ntis	25	3	3	2	3	2	3	1,75	2	2	2	1,75	,00	2
	50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	,50	3
	75	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4

(a) Multiple modes exist. The smallest value is shown

Quadro 21 – Estatística Descritiva das diferentes partes do Brief COPE

O quadro 21 contém a estatística descritiva do questionário Brief COPE (Carver, 1997), por subescalas. Sendo cada subescala integrada por dois itens, os valores mínimos e máximos possíveis são iguais para todas, ou seja, o valor mínimo possível por subescala é 0 (zero) e o máximo 6.

A primeira subescala apresentada é a do *Coping Activo*, que tem uma média de 3,4, e desvio-padrão de 1,12. A moda de respostas é 3, e o mínimo e máximo respondidos são, respectivamente, 1 e 6. A segunda subescala presente no quadro 21 é o *Planeamento*, que tem uma média de respostas de 3,44 e desvio-padrão 1,24. O mínimo respondido é 1 e o máximo 6. A moda de respostas dadas é de 3.

A subescala *Utilização de Suporte Instrumental* tem como média de respostas o valor 3,37 e desvio-padrão 1,31. Os valores mínimo e máximo são idênticos aos das subescalas anteriores, tal como a moda. Quanto à subescala *Utilização de Suporte Social Emocional*, todos os valores são idênticos aos anteriores, excepto a média de 3,45 e o desvio-padrão de 1,05. A subescala *Religião* tem uma média de 2,87 e um desvio-padrão de 1,65. O valor mínimo é 0 e o máximo 6. Existe mais que uma moda nesta subescala, a de menor valor é 2.

Quanto à subescala *Reinterpretação Positiva*, a média de respostas é 3,56 e o desvio-padrão é 1,03. A moda de respostas é, mais uma vez, o valor 3. O valor mínimo é 2 e o máximo 6, fazendo desta estratégia uma das mais utilizadas pelos cuidadores. A subescala *Auto-culpabilização* tem como média de respostas 2,56 e desvio-padrão de 1,43. A moda é novamente 3, como nas anteriores. O mínimo e máximo são 0 e 6, respectivamente.

A subescala seguinte, *Aceitação*, apresenta uma média de 3,34 e desvio-padrão de 1,29. A moda de respostas é 4, sendo a única subescala com esta moda. O valor mínimo respondido é 1 e o máximo 6. Quanto à variável *Expressão de Sentimentos*, a média é de 3,19 e o desvio-padrão 1,08. A moda de respostas é 3, e os valores mínimo e máximo são 0 e 5, respectivamente.

A subescala *Negação*, tem como média de respostas 3,02 e desvio-padrão de 1,35. O valor mínimo respondido é 0 e o máximo 6. a moda desta subescala é 3. Na subescala seguinte, *Auto-distracção*, a média apresentada é 3,03 e o desvio-padrão é 1,17. A moda desta é igualmente 3, tal como o mínimo e máximo respondido, que são 0 e 6. A subescala *Desinvestimento Comportamental* partilha a mesma moda que a

anterior subescala e o mesmo valor mínimo, sendo o máximo respondido 5. A média é de 2,35 e o desvio-padrão apresenta o valor 1,31.

A estratégia menos utilizada pelos cuidadores inquiridos é a de Uso de Substâncias, cuja média é de 1,19 e desvio-padrão 1,49. A moda desta subescala é 0 (zero). Os valores mínimos e máximo são 0 e 5, respectivamente.

Finalmente, a subescala Humor apresenta uma média de 2,9 e desvio-padrão de 1,32. A moda é, uma vez mais, o valor 3. O mínimo e máximo respondidos são 0 e 6.

5.3.2. Correlações entre o Brief COPE e as variáveis sócio-demográficas

No que diz respeito às relações entre as respostas às subescalas do Brief COPE (Carver, 1997) e as variáveis sócio-demográficas, foi feito um Coeficiente de Correlação de Bravais-Pearson para as variáveis Idade e Rendimento, por serem variáveis de razão, tal como com os questionários anteriores. Da mesma forma, em relação às restantes variáveis sócio-demográficas, as correlações foram estabelecidas pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, por serem ordinais.

Feita a correlação entre as diferentes partes do Brief COPE (Carver, 1997) e as variáveis Idade e Rendimento, obteve-se o seguinte quadro (quadro 22):

	Coping activo	Planear	Suporte instrumental	Suporte soc emocional	Religião	Reint positiva	Auto-culp	Aceitação	Expressão sentimentos	Negação	Auto distração	Desinv. comp	Uso subs	Humor
Idade	-,048	,017	-,083	-,161	,226	-,158	,211	,177	,168	,386 (**)	-,159	,048	,024	-,214
Rendimento	,212	,147	,160	,271 (*)	-,066	,207	-,223	,192	,148	,043	,022	-,247	-,171	-,092

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 22 – Correlações de Pearson entre as diferentes partes do Brief COPE e as variáveis Idade e Rendimento

Da análise do quadro 22, verificam-se novamente valores que não são estatisticamente significativos. No entanto, parece existir uma relação fraca ($,386$) entre a variável Idade e a subescala Negação, no sentido em que quanto maior é a idade, maior é a utilização desta estratégia.

Em relação às restantes variáveis sócio-demográficas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para melhor perceber as suas relações com as diferentes partes do Brief COPE (Carver, 1997). Estes resultados estão patentes no quadro 23, a seguir apresentado.

	Escolaridade	Estado civil	Situação Prof.	Parentesco	Duração/Anos	Tempo/Horas	Suporte formal
Coping activo	,094	-,078	-,081	-,208	-,297(*)	-,077	-,045
Planear	,204	-,077	,077	-,148	-,119	,131	-,116
Suporte instrumental	,184	-,060	,200	-,166	-,168	,123	-,011
Suporte social emocional	,127	-,341(**)	,017	-,024	-,301(*)	,101	,177
Religião	-,213	,124	,239	,112	,318(*)	,055	,025
Reinterp. positiva	,164	-,040	,012	-,041	-,329(**)	-,029	,075
Auto-culpabilização	-,202	,249	,119	-,051	,268(*)	,141	,046
Aceitação	,083	,096	,174	-,162	-,187	,213	,171
Expressão sentimentos	-,024	,033	,141	-,220	-,017	,156	,150
Negação	-,011	,240	,159	-,210	,063	,247	,094
Auto-distração	,049	,047	,019	,179	-,092	-,066	,176

Desinv. Comportament al	-,190	,038	,095	,087	,317(*)	,020	,021
Uso substâncias	-,027	,117	,153	,057	,066	,042	,016
Humor	,106	,020	,085	,209	-,227	-,090	-,043

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 23 – Correlações de Spearman entre as diferentes partes do Brief COPE e as restantes variáveis sócio-demográficas consideradas.

Da observação do quadro 23 apresentam-se apenas dois valores passíveis de interpretação, embora a relação destes seja fraca. Nenhum dos outros valores é estatisticamente significativo. Assim, surge o valor -,341 na correlação entre a subescala Suporte Social Emocional e a variável Estado Civil, indicando que quanto maior é o valor na subescala Suporte Social Emocional, menor é o da variável Estado Civil.

O outro valor (-,329) surge na correlação entre a subescala Reinterpretação Positiva e a variável Duração do Cuidado, sugerindo que quanto maior é a frequência de utilização desta estratégia, menor é o valor da variável Duração do Cuidado.

5.4. Correlações entre o Índice de Barthel e QASCI

Seguidamente importa saber se existem relações entre as respostas do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), que mede o nível de dependência da pessoa com Alzheimer, e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, que como o nome indica, mede o nível de sobrecarga experienciado pelo cuidador. Note-se então o quadro 24, que representa as correlações de Pearson entre estes dois questionários.

	Sobrecarga emocional	Implicações vida pessoal	Sobrecarga financeira	Reacções exigências	Mecanism os Controlo	Suporte familiar	Satisfação papel
Barthel	-,289(*)	-,338(**)	-,216	-,366(**)	-,479(**)	-,403(**)	-,605(**)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 24 – Correlações de Pearson entre o Índice de Barthel e as diferentes partes do QASCI

Da análise do quadro 24, verificam-se algumas relações moderadas. Nomeadamente, uma correlação moderada negativa (-,605) entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a subescala *Satisfação com o Papel e com o Cuidador*, indicando que na população estudada quanto mais baixa é a pontuação no Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) (revelando maior dependência) maior é o valor da sobrecarga nesta subescala. O contrário também se aplica.

Da relação entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a subescala *Mecanismo de Eficácia e de Controlo*, surge uma correlação moderada/fraca negativa (-,479), indicando uma relação contrária das variáveis, ou seja, à medida que a pontuação do Barthel baixa (maior dependência) maior é a sobrecarga sentida na subescala *Mecanismo de Eficácia e Controlo*.

Outra correlação a notar embora moderada/fraca, é a da subescala *Suporte Familiar* (-,403) igualmente negativa. Este valor pode indicar que na população estudada, quanto mais baixa é a pontuação do Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), maior é a sobrecarga experienciada ao nível do *Suporte Familiar*.

5.5. Correlações entre o Índice de Barthel e Brief COPE

Revela-se importante também descobrir que tipos de relações existem entre o nível de dependência (Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)) e as estratégias de coping mais frequentemente utilizadas (Brief COPE (Carver, 1997)).

	Cop activo	Planear	Sup instr	Sup soc emoc	Religião	Reint pos	Auto-culp	Aceitação	Exp sent	Negação	Auto dist	Desinv comp	Uso subs	Humor
Barthel	,120	,126	,138	,183	-,125	,057	-,327(**)	,109	-,021	-,094	,052	-,252(*)	-,246	,210

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 25 – Correlações de Pearson entre o Índice de Barthel e as diferentes partes do Brief COPE

Da análise do quadro 25, não se verificam correlações com valores estatisticamente significativos. No entanto, podemos referir o valor -,327 obtido da correlação entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a subescala *Auto-*

culpabilização, que pode indicar uma relação negativa entre ambas as variáveis no sentido em que, quanto maior é a dependência da pessoa com Alzheimer (menor pontuação), mais é utilizada esta estratégia particular.

Nenhum dos restantes valores é significativamente estatístico para a população em estudo.

5.6. Correlações entre as diferentes partes do QASCI e Brief COPE

Importa agora tentar relacionar os dois questionários principais, que medem a sobrecarga e as estratégias de Coping, respectivamente, de modo a verificar se existem relações significativas entre ambos, para a população em estudo.

Estes resultados estão patentes no quadro seguinte (quadro 26).

	Sob. emocional	Implicações pessoais	Sobrecarga financeira	Reacções exigências	Mec. controlo eficácia	Suporte familiar	Satisfação papel
Coping activo	-,160	-,149	-,179	-,238	,024	-,165	-,245
Planear	-,227	-,120	-,336(**)	-,107	-,125	-,381(**)	-,175
Suporte instrumental	-,255(*)	-,168	-,332(**)	-,222	-,166	-,348(**)	-,145
Suporte social emocional	-,127	,021	-,116	-,178	-,041	-,170	-,092
Religião	,209	,253(*)	,154	,196	,163	,120	,117
Reinterpretação positiva	-,132	-,157	-,263(*)	-,083	-,137	-,232	-,220
Auto- culpabilização	,286(*)	,411(**)	,321(*)	,287(*)	,277(*)	,315(*)	,360(**)
Aceitação	-,088	-,035	-,122	-,086	-,210	-,101	-,145
Expressão sentimentos	,086	-,100	-,191	-,166	-,014	-,084	,065
Negação	,189	,392(**)	,316(*)	,144	,200	,188	,051
Auto-distracção	,053	,168	,200	-,171	-,005	,067	-,112
Desinvestimento comportamental	,283(*)	,462(**)	,488(**)	,304(*)	,300(*)	,422(**)	,320(*)
Uso substâncias	,190	,188	,316(*)	,267(*)	,117	,098	,189
Humor	-,005	-,039	-,032	-,146	-,095	-,102	-,182

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 26 – Correlações de Pearson entre as diferentes partes do QASCI e as diferentes partes do Brief COPE

Da análise do quadro 26 obtiveram-se algumas correlações moderadas entre diferentes partes de ambos os questionários. No que diz respeito à subescala

Desinvestimento Comportamental, do Brief COPE (Carver, 1997), existem três correlações moderadas com diferentes subescalas do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), nomeadamente na subescala *Sobrecarga Financeira* (,488), na *Implicações na Vida Pessoal* (,462), e na subescala *Suporte Familiar* (,422). A primeira indica uma relação positiva entre variáveis, no sentido em que quanto maior é a sobrecarga a nível financeiro, maior é também a frequência de utilização da estratégia de coping *Desinvestimento Comportamental*.

Da mesma forma, quando a sobrecarga da subescala *Implicações na Vida Pessoal* aumenta, também a frequência de utilização desta estratégia de coping aumenta (*Desinvestimento Comportamental*).

Ainda em relação à subescala *Desinvestimento Comportamental*, surge uma correlação positiva moderada/fraca com a subescala *Suporte Familiar*, do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), podendo indicar que na população estudada, quando a frequência de utilização desta estratégia aumenta (*Desinvestimento Comportamental*), aumenta também a sobrecarga na subescala *Suporte Familiar*.

Surge uma outra relação positiva entre estes dois questionários (,411), entre as subescalas *Auto-culpabilização* do Brief COPE (Carver, 1997), e *Implicações na Vida Pessoal* do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), no sentido que quanto maior é a pontuação da subescala *Auto-Culpabilização*, maior é também a sobrecarga na subescala *Implicações na Vida Pessoal*.

6. Discussão dos Resultados

Com o intuito de responder aos objectivos desta investigação, começou por se realizar uma análise descritiva dos diferentes questionários. Primeiro serão discutidos os resultados do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, sendo de seguida abordados os resultados do Brief COPE (Carver, 1997). Finalmente, serão apresentados os resultados provenientes das relações entre as respostas dos dois questionários.

Verifica-se, primeiramente, que esta amostra difere das amostras comuns de cuidadores informais (Martins, Ribeiro & Garrett, 2004; Lage, 2004), por ser quase igualmente constituída por indivíduos do sexo feminino e masculino.

No que diz respeito ao QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), as subescalas em que parece existir maior sobrecarga são a Sobrecarga Financeira e o Suporte Familiar, indo de encontro aos resultados obtidos em outras investigações (Northouse & Stetz, 1989, cit. por Pearce, 2005). Em relação à subescala Sobrecarga Financeira, surgiu uma correlação inversa entre esta e a variável Rendimento, podendo isto justificar o porquê de existir maior sobrecarga a nível financeiro, pois como referido anteriormente, a maior parte dos cuidadores tem rendimento mensal entre 250 e 750 euros. Igualmente, a subescala Suporte Familiar encontra uma relação inversa com a variável Rendimento, indicando que quando existe pouco ou nenhum apoio familiar, o rendimento mensal do agregado é maior. O mesmo também se aplica na situação inversa, ou seja, a satisfação com o apoio familiar aumenta quando o rendimento mensal é menor. Talvez isto ocorra por a família apoiar mais o cuidador quando os rendimentos do agregado são menores.

Ainda em relação à variável Rendimento, surge uma outra correlação inversa, desta vez com a subescala Satisfação com o Papel e com o Familiar, indicando que a sobrecarga nesta aumenta, ou seja, existe menos satisfação com o papel quando o rendimento mensal é menor. Esta situação ocorre talvez porque os cuidadores com maiores rendimentos tem mais opções para os ajudar na prestação de cuidados, seja com um cuidador secundário ou com apoio psicológico.

Alguns estudos referem que o suporte social afecta a sensação de sobrecarga

que o cuidador sente (Majerovitz, 2007; Zarit et al., 1980), nesta investigação no entanto, não existe qualquer valor que indique uma possível correlação entre estas variáveis.

Outros estudos (McConaghy & Caltabiano, 2005) referem uma correlação entre o número de horas que o cuidador passa na actividade do cuidado, nos planos alterados à ultima hora e na falta de tempo para realizar actividades domésticas, que vão influenciar o nível de sobrecarga experienciado pelo cuidador. Assim, esperar-se-iam valores elevados nas subescalas *Implicações na Vida Pessoal* e *Mecanismo de Eficácia e de Controlo*, e algum tipo de relação entre estes e a variável Tempo. Porém, não parece existir qualquer relação entre elas, nesta investigação.

Ainda, no estudo de Majerovitz (2007) a Idade surge como uma variável que influencia a sobrecarga experienciada pelo cuidador, no entanto nesta investigação não há qualquer valor que indique uma mesma relação entre ambas.

No que diz respeito às correlações que surgiram na análise dos resultados, a variável *Duração do Cuidado* estabelece relações directas, fracas, com duas subescalas do QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), a saber *Sobrecarga Emocional* e *Satisfação com o Papel e com o Familiar*. Ambas podem indicar que quanto mais tempo passa no acto de prestar cuidados mais o cuidador se sente sobrecarregado emocionalmente e menos satisfeito se sente com este papel.

Ainda, no que concerne à relação entre o QASCI (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003) e o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965), são de referir algumas correlações que surgiram na análise, nomeadamente, a relação com a subescala *Satisfação com o Papel e com o Familiar*. Esta indica que na população estudada quanto maior é a dependência da pessoa com doença de Alzheimer, maior é a insatisfação com o papel de cuidador. Ou seja, a sobrecarga que a dependência da pessoa com Alzheimer provoca só por si será suficiente para, com o avançar da doença, o cuidador se sentir menos satisfeito com o seu próprio papel.

Também, da relação entre o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) e a subescala *Mecanismo de Eficácia e Controlo*, salienta-se uma maior sobrecarga do cuidador, quanto maior é o nível de dependência da pessoa com Alzheimer, criando esta maior dependência dificuldades, no que respeita às capacidades do cuidador para continuar a efectuar esta actividade.

O questionário Brief COPE (Carver, 1997), que avalia a frequência de utilização das estratégias de coping, foi neste caso utilizado relativamente à prestação de cuidados. Sendo um papel que acarreta decisões e sacrifícios difíceis, o prestador de cuidados está em risco de sentir grandes sentimentos de sobrecarga, de depressão, ansiedade, e outros. Segundo o estudo de Sansoni & Vellone (2004), a prestação pode acarretar sentimentos tais, que pode mesmo levar ao consumo de substâncias (álcool, tabaco e outras). Os resultados da presente investigação não vão de encontro aos resultados de tal estudo, pois a subescala Uso de Substâncias foi a que menos se salientou, tendo metade dos inquiridos respondido nunca a utilizar.

A estratégia que os cuidadores mais referiram usar é a da Reinterpretação Positiva, que pode ser a razão pela qual a população estudada não revelou quase sinais de sobrecarga experienciada. Na realidade, segundo o estudo de Vitaliano et al. (1991), perspectivar as situações de forma positiva influencia a diminuição do sentimento de sobrecarga.

Relativamente às correlações obtidas na análise de resultados, surgiu uma correlação directa entre a Idade e a estratégia Negação, indicando que na população em estudo, as pessoas de maior idade utilizam mais frequentemente esta estratégia de coping. Outra correlação que surgiu na análise, desta vez inversa, foi entre o Suporte Social Emocional e a variável Estado Civil, indicando possivelmente que esta estratégia é mais utilizada pelos cuidadores que obtiveram valores mais elevados na variável Estado Civil.

Obteve-se ainda uma outra correlação fraca, entre a subescala Reinterpretação Positiva e a variável Duração do Cuidado indicando possivelmente que os cuidadores que mais frequentemente usam esta estratégia de coping são aqueles que o são há menos tempo. Este resultado poderá ser explicado pelo aumento da sobrecarga emocional do cuidador (que como se viu anteriormente é influenciado pela duração do cuidado); o cuidador sente-se inicialmente esperançoso e “cheio de forças”, mas enquanto o tempo passa e a doença progride, essas mesmas forças tendem a desaparecer, e tentar ver a situação pela positiva deixa de ser uma hipótese.

Entre a subescala Auto-culpabilização e o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) verificou-se uma correlação inversa, sendo que quanto mais a pessoa com doença de Alzheimer é dependente do cuidador, mais este se auto-critica. Talvez isto aconteça pela impotência que o cuidador sente, perante a progressiva deterioração

da personalidade e autonomia do indivíduo com Alzheimer.

Dos resultados obtidos verificou-se que todas as correlações relevantes ocorrem com a subescala Desinvestimento Comportamental, podendo significar que maiores níveis de sobrecarga podem levar a esta estratégia particular.

A primeira destas indica uma relação directa entre a Sobrecarga Financeira e o Desinvestimento Comportamental, sendo que os cuidadores que mais revelam sobrecarga ao nível financeiro, tem mais propensão para desistir de fazer aquilo que querem ou gostariam. A segunda correlação ocorre entre esta estratégia de coping e a subescala Implicações na Vida Pessoal, no sentido que maior sobrecarga nesta área pode levar a um desinvestimento mais frequente naquilo que rodeia o cuidador.

O estudo de Grafstrom et al. (1992) obteve resultados interessantes, um dos quais que a sobrecarga aumenta quando a estratégia auto-culpabilização é frequentemente usada. O facto do cuidador achar que não está a fazer um bom trabalho ou a executar o seu papel como ele ou os outros esperam, poderá influenciá-lo a auto-criticar-se e consequentemente a sentir-se mais sobrecarregado, por não conseguir sair deste registo. No entanto, em relação a esta investigação, a escala Auto-culpabilização não obteve resultados significativos.

Outro estudo, de Hinrichsen e Niederehe (1994), revela que a utilização de estratégias como o coping activo, se traduz em menos sobrecarga. Do outro lado, a utilização de estratégias como a Negação, a Auto-culpabilização e o Planear, traduz-se num aumento da sobrecarga. À partida, a estratégia Planear não se consideraria uma estratégia que potenciase o aumento do sentimento de sobrecarga por ser uma estratégia pertencente ao grupo das estratégias focadas no problema, consideradas as indicadas para melhor lidar com o stress proveniente de diferentes situações (McKee et al., 1997). Na realidade, este não foi o único estudo a revelar resultados negativos na utilização desta estratégia (Saad et al., 1995). Na presente investigação, os resultados não se ajustam a nenhum dos obtidos nos estudos anteriores.

7. Considerações finais

A presente investigação, tinha como primeiro objectivo, relacionar a sobrecarga e as estratégias de coping, questionando se existiriam relações relevantes entre ambas.

Verificou-se que as únicas relações a salientar entre as variáveis estudadas existem através do desinvestimento comportamental por parte de cuidadores, na realidade o desistir dos objectivos que tinham. Estes cuidadores que mais utilizam o desinvestimento comportamental como estratégia de coping, exibem maiores níveis de sobrecarga financeira e também de sobrecarga em relação aos impedimentos do dia-a-dia que a situação da prestação de cuidados cria.

Por outro lado, pretendia-se também conhecer a relação entre a sobrecarga e as diferentes variáveis sócio-demográficas, de forma a saber se existiam características que pré-condicionariam o sentimento de sobrecarga. Em relação a este ponto, os resultados indicam que quanto maior é a duração do cuidado em anos, maior é a sobrecarga emocional do cuidador e menor é a satisfação com o papel.

Era ainda importante para a investigação, conhecer as relações existentes entre as estratégias de coping e as diferentes variáveis sócio-demográficas. Os resultados indicaram que quanto maior a idade do cuidador maior é a expressão da estratégia de coping Negação. Ainda, é de salientar que dos cuidadores inquiridos, aqueles que o são há menos tempo utilizam mais frequentemente a reinterpretação positiva da situação como estratégia de coping.

Os resultados obtidos não podem só por si ajudar os cuidadores, mas podem contribuir no futuro, conjuntamente com outras investigações nesta área, para uma melhoria dos sentimentos de sobrecarga que os cuidadores sentem. Ao nível da Psicologia, é importante saber que tipo de estratégias os diferentes indivíduos utilizam e como isso se conecta com o seu próprio nível de sobrecarga, de forma a ajudar o cuidador a escolher estratégias de coping que mais aliviem o sentimento de sobrecarga experienciado.

Em relação ao tema da investigação em si, ainda existe muito por fazer. A maior parte das investigações feitas na área dos cuidadores informais de pessoas com Alzheimer medem os níveis de depressão e ansiedade, ou as estratégias de coping quando cruzadas com esses mesmos níveis de depressão e/ou ansiedade. Não significa

que esses estudos não sejam importantes, mas numa altura em que o envelhecimento da população é uma questão pertinente, há que munir os cuidadores informais de estratégias mais adequadas para lidar com a prestação de cuidados e com os sentimentos que dela advêm.

Esta investigação tem algumas limitações, primeiramente ao nível da amostra, por ser de pequenas dimensões. Uma nova investigação que fosse mais abrangente e com uma amostra substancialmente maior seria certamente uma boa aposta, podendo obter resultados mais significativos. Uma outra limitação surge da utilização de questionários preenchidos pelo sujeito, pois embora seja pedido que se seja honesto, por vezes alguns indivíduos podem não responder exactamente com a verdade, mas com uma versão mais “socialmente aceite” da verdade. Principalmente em temas como este, em que a sociedade espera do cuidador uma certa perseverança e resistência emocional.

Se mais investigações forem conduzidas nesta área, do coping e sobrecarga, talvez abram caminho para se criarem programas para apoiar os cuidadores, tal como o *Minnesota Family Workshop* (Ostwald, Hepburn & Caron, 2000), anteriormente referido. A falta de investigações sobre estas temáticas particulares dificulta também a discussão dos resultados, por não existirem estudos com características idênticas, permitindo comparações com os mesmos.

Fica portanto a sugestão de uma investigação mais aprofundada que meça estes mesmos constructos e as relações entre eles.

8. Referências Bibliográficas

- Aitken, C. & Schloss, J. (1994). Occupational Stress and Burnout amongst staff working with people with an intellectual disability. *Behavioral Interventions*, 9 (4), 225-234.
- Almeida, T. & Sampaio, F. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 145-151.
- Alzheimer's Association (2008). *Stages of Alzheimer's*. Consultado em 10 de Março de 2008 através de http://www.alz.org/alzheimers_disease_stages_of_alzheimers.asp.
- Alzheimer Europe (2008). *Dementia: Definition*. Consultado em 9 de Março de 2008 através de <http://www.alzheimer-europe.org/?Im2=1085BC428810>.
- Alzheimer Portugal. *Doença de Alzheimer – 800 mil novos casos/ano na Europa*. Consultado em 7 de Março de 2008 através de http://www.medicosdeportugal.iol.pt/action/2/cnt_id/825/.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Carver, C., & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Dementia in Europe (2006). *The population of people with dementia in Europe*. Consultado em 10 de Julho de 2008 através de <http://www.dementia-in-europe.eu/?lm2=OWQAUJKRXAEZ>.

- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854.
- European Alzheimer's Disease Consortium. *Aims and objectives*. Consultado em 17 de Dezembro de 2007 através de <http://eadc.alzheimer-europe.org/introduction.html>
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774.
- Fudge, H., Neufeld, A. & Harrison, M. (1997) Social Networks of Women Caregivers. *Public Health Nursing*, 14 (1), 20–27.
- Garand, L., Dew, M., Eazor, L., DeKosky, s. & Reynolds III, C. (2005). Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 512-522.
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P. & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163.
- Gilbar, O. (1999). Gender as a predictor of burden and psychological distress of elderly husbands and wives of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 287–294.

- Grant, I., Adler, K., Patterson, T., Dimsdale, J., Ziegler, M. & Irwin, M. (2002). Health consequences of Alzheimer's caregiving transitions: effects of placement and bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 64, 477-486.
- Grafstrom, M., Fratiglioni, L., Sandman, P. & winblad, B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 861-870.
- Haley, E., Levine, G., Brown, L., Berry, W., & Hughes, H. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 405-411.
- Hastings, R., Horne, S. & Mitchell, G. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services: a factor analytic study of the Maslach Burnout Inventory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 268-273.
- Hinrichsen, G. & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *The Gerontologist*, 34, 95-102.
- Kneebone, I. & Martin, P. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8 (1), 1-17.
- Lage, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In J. Ribeiro & I. Leal (Ed.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.415-421). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Loewenstein, D., Ownby, R., Schram, L., Acevedo, A., Rubert, M. & Argüelles, T. (2001). An evaluation of the NINCDS-ADRDA neuropsychological criteria for the assessment of Alzheimer's disease: A confirmatory factor analysis of single versus multi-factor models. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23 (3), pp. 274-284.

- Lopez, D., & Little, T. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32, (2), 299-312.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C. & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (9).
- Majerovitz, S. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health*, 11 (3), 323-329.
- Martins, T., Ribeiro, J.P. & Garrett, C. (2003). Estudo da validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 131-148.
- Martins, T., Ribeiro, J.P. & Garrett, C. (2004). Ansiedade e depressão em cuidadores informais de pessoas com incapacidade funcional. In J. Ribeiro & I. Leal (Ed.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.415-421). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 397-422.
- McConaghy, R. & Caltabiano, M. L. (2005). Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and Health Sciences*, 7, 81-91.
- Mckee, K., Whittick, J., Ballinger, B., Gillhooly, M., Gordon, D., Mutch, W. & Phillip, I. (1997). Coping in family supporters of elderly people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 323 – 340.

- Meller, S. (2001). A comparison of the well-being of family caregivers of elderly patients hospitalized with physical impairments versus the caregivers of patients hospitalized with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2 (2), 60 - 65.
- Miura, H., Arai, Y. & Yamasaki, K. (2005). Feelings of burden and health-related quality of life among family caregivers looking after the impaired elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 551-555.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In R. Moos (Ed), *Coping with physical illness: new perspectives* (Vol. 2, pp. 3-25). New York: Plenum Press.
- O'Brien, T., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of Problem-, Emotion-, and Relationship-Focused Coping: the role of the big five personality factors. *Journal of Personality*, 64, 775-813.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa : Climepsi.
- Ostwald, S., Hepburn, K. & Caron, W. (2000). Program for caregivers reduces burden. *Brown University Long-Term Care Quality Advisor*, 12 (1).
- Pearce, M. (2005). A critical review of the forms and value of religious coping among informal caregivers. *Journal of Religion and Health*, 44 (1), 81-118.
- Perlick, D., Hohenstein, J., Clarkin, J., Kaczynski, R. & Rosenheck, R. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord*, 7, 126–135.
- Pickett, T., Altmaier, E. & Paulsen, J. (2007). Caregiver Burden in Huntington's Disease. *Rehabilitation Psychology*, 52 (3), 311-318.
- Pinto, L. (1999). Doença de Alzheimer, diagnóstico diferencial e sua importância na prática clínica. *Revista de Psiquiatria – Hospital Júlio de Matos*, 12 (1), 17-25.

- Reis, M. (2003). A importância dos grupos de suporte para os cuidadores de doentes de Alzheimer. In J. Ornelas & S. Maria (Ed.), *Actas da III conferência Desenvolvimento comunitário e saúde mental: participação, empowerment, e liderança comunitária* (pp.241-246). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. P. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Ribeiro, J. P. (2007). Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastrifortil, R., Mattioli, P., Marvardil, M., Polidoril, M., Cherubini, A., Abate, G., Bartorelli, L., Bonaiuto, S., Capurso, A., Cucinotta, D., Gallucci, M., Giordano, M., Martorelli, M., Masaraki, G., Nieddu, A., Pettenati, C., Putzu, P., Tammaro, V., Tomassini, P., Vergani, C., Senin, U. & Mecocci, P. (2005). Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 168–174.
- Robinson, K. & Steele, D. (1995). The relationship between health and social support in caregiving wives as perceived by significant others. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 88-94.
- Rodrigues, G., Winck, J., Silveira, F. & Almeida, J. (2002). Avaliação sociológica de doentes com esclerose lateral amiotrófica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 8 (6), 645-653.
- Roig, M.V., Abengózar, M. C. & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14 (2), 215-227.
- Rudolph, K., Dennig, M., & Weisz, J. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118 (3), 328-357.

- Saad, K., Hartman, J., Ballard, C., Kurian, M., Graham, C., & Wilcock, G. (1995). Coping by carers of dementia sufferer. *Age and Aging*, 24, 495 – 498.
- Sansoni J. & Vellone, E. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 93–100.
- Shontz, F. (1991). Psychological & social impact of disability (3 ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Small, G., Rabins, P., Barry, P., Buckholtz, N., DeKosky, S., Ferris, S., Finkel, S., Gwyther, L., Khachaturian, Z., Lebowitz, B., McRae, T., Morris, J., Oakley, F., Schneider, L., Streim, J., Sunderland, T., Teri, L. & Tune, L. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. *Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society*, 278 (16).
- Vitaliano, P., Russo, J., Young, H., Teri, L. & Maiuro, R. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.
- Vitaliano, P., Zhang, J. & Scanlan, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (6), 946–972.
- Zarit, S., Reever, K. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20 (6), 649-655.
- Zarit, S., & Zarit, J. (1982). Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy*, 19, 461-471.
- Zarit, S., Todd, P. & Zarit, J. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 26 (3), 260-266.

6. Anexos

Anexo I

Consentimento Informado

O objectivo deste estudo é perceber de que forma as diferentes estratégias utilizadas para lidar com uma situação difícil afectam a sensação de sobrecarga do cuidador.

Toda a informação recolhida será anónima e confidencial.

Obrigado pela sua participação.

Anexo II

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

As perguntas seguintes caracterizam o cuidador.

Idade _____

Sexo F ☐ M ☐

Escolaridade

Ensino Básico	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Estado Civil

Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado/ Unido de facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado/ Separado de facto	<input type="checkbox"/>

Situação Profissional do Cuidador

Activa	<input type="checkbox"/>
Desemprego	<input type="checkbox"/>
Reformado	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>

Grau de Parentesco com o paciente com Alzheimer

Cônjuge	<input type="checkbox"/>
Filho	<input type="checkbox"/>
Neto	<input type="checkbox"/>
Outro (Amigo, vizinho, etc.)	<input type="checkbox"/>

Existe co-residência com o paciente com Alzheimer? S ☐ N ☐

Rendimento Mensal do Agregado _____ Euros

Duração da prestação de cuidados (em anos)

1 a 3 anos	
3 a 5 anos	
5 a 10 anos	
>10 anos	

Tempo gasto na prestação de cuidados (horas por dia)

<1 hora	
1 a 3 horas	
3 a 5 horas	
>5 horas	

Existe Suporte Formal?

Ambos	
Enfermagem	
Social	
Nenhum	

Existe um cuidador secundário? S ☐ N ☐

Anexo III

Este questionário pretende avaliar o grau de dependência do paciente com Alzheimer. Pedese, portanto, que responda o mais honestamente possível, em relação às diferentes áreas funcionais do quotidiano.

Alimentação	
Dependente	
Necessidade de ajudar (cortar, espalhar, manteiga)	
Independente (todas as acções)	
Higiene Pessoal	
Necessidade de ajuda	
Independente (para face/cabelo/dentes/barbear-se)	
Bexiga	
Incontinente/algaliado	
Acidente ocasional	
Continente	
Intestinos	
Incontinente	
Acidente ocasional	
Continente	
Deslocação (transferência cama-cadeira)	
Incapaz	
Muita ajuda, pode-se sentar	
Ajuda mínima (verbal, física)	
Independente	
Mobilidade/marcha	
Incapaz	
Independente (em cadeira de rodas)	
Anda com ajuda de terceiros (pode necessitar de apoio)	
Independente	
Uso de casa-de-banho	
Dependente	
Necessita de alguma ajuda	
Independente (todas as acções)	
Vestir	
Dependente	
Precisa de ajuda na maior parte das acções	
Independente (incluindo botões, laços, fechos de correr)	
Banho	
Dependente	
Independente	
Escadas	
Incapaz	
Necessita de ajuda	
Independente	

Anexo IV

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga emocional					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5

Implicações na vida pessoal

5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p.ex. férias, conviver com					

familiares e amigos), tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se isolada (o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Sobrecarga financeira

16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Reacções a exigências

18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada (o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada (o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Mecanismo de eficácia e de controlo

23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Suporte familiar

26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5

Satisfação com o papel e com o familiar

28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a	1	2	3	4	5

fazer por ele?					
30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

Anexo V

Brief COPE

Os próximos itens referem-se à forma como costuma lidar com o stress na sua vida desde que começou a cuidar do seu familiar. Não existem respostas certas ou erradas. Tente responder o mais honestamente possível.

0 = Nunca faço isto

1 = Faço isto poucas vezes

2 = Faço isto algumas vezes

3 = Faço sempre isto

	0	1	2	3
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação.				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
3. Tenho dito para mim próprio (a): “isto não é verdade”.				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.				
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).				
6. Desisto de me esforçar para obter o que quero.				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.				
13. Faço críticas a mim próprio.				

14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.				
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.				
16. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.				
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.				
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.				
24. Tento aprender a viver com a situação.				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.				
27. Rezo ou medito.				
28. Enfrento a situação com sentido de humor.				

Anexo VI

		Idade	Rendimento
N	Valid	62	62
	Missing	0	0
Mean		49,89	1141,90
Median		47,00	765,00
Mode		33(a)	800
Std. Deviation		20,253	956,667
Minimum		17	250
Maximum		96	5200
Percentiles	25	33,00	515,00
	50	47,00	765,00
	75	66,50	1412,50

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17 a 25 anos	7	11,3	11,3	11,3
26 a 35 anos	10	16,1	16,1	27,4
36 a 45 anos	11	17,7	17,7	45,2
46 a 55 anos	10	16,1	16,1	61,3
56 a 65 anos	7	11,3	11,3	72,6
66 a 75 anos	10	16,1	16,1	88,7
+ de 76 anos	7	11,3	11,3	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Rendimentos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 250 a 500 euros	15	24,2	24,2	24,2
501 a 750 euros	16	25,8	25,8	50,0
751 a 1000 euros	8	12,9	12,9	62,9
1001 a 1500 euros	11	17,7	17,7	80,6
1501 a 3000 euros	8	12,9	12,9	93,5
+ de 3001 euros	4	6,5	6,5	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid feminino	32	51,6	51,6	51,6
masculino	30	48,4	48,4	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ensino básico	14	22,6	22,6	22,6
ensino secundário	27	43,5	43,5	66,1
ensino superior	18	29,0	29,0	95,2
outro	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid solteiro	13	21,0	21,0	21,0
casado/unido de facto	42	67,7	67,7	88,7
viúvo	6	9,7	9,7	98,4
divorciado/separado de facto	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Situação profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid activa	33	53,2	53,2	53,2
desempregado	5	8,1	8,1	61,3
reformado	18	29,0	29,0	90,3
outra	6	9,7	9,7	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Parentesco

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cônjuge	17	27,4	27,4	27,4
Filho	21	33,9	33,9	61,3
Neto	16	25,8	25,8	87,1
Outro	8	12,9	12,9	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Co-residência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	34	54,8	54,8	54,8
não	28	45,2	45,2	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Duração/anos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 a 3 anos	19	30,6	30,6	30,6
3 a 5 anos	36	58,1	58,1	88,7
5 a 10 anos	5	8,1	8,1	96,8
>10 anos	2	3,2	3,2	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Tempo/horas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1 hora	4	6,5	6,5	6,5
1 a 3 horas	25	40,3	40,3	46,8
3 a 5 horas	16	25,8	25,8	72,6
> 5 horas	17	27,4	27,4	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Suporte formal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid social	3	4,8	4,8	4,8
enfermagem	9	14,5	14,5	19,4
ambos	18	29,0	29,0	48,4
nenhum	32	51,6	51,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Cuidador secundário

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	45	72,6	72,6	72,6
não	17	27,4	27,4	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Anexo VII

		Barthel
N	Valid	62
	Missing	0
Mean		60,24
Median		62,50
Mode		100
Std. Deviation		30,921
Minimum		0
Maximum		100
Percentiles	25	38,75
	50	62,50
	75	85,00

Categorias Barthel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependência total	9	14,5	14,5	14,5
	Dependência severa	22	35,5	35,5	50,0
	Dependência moderada	20	32,3	32,3	82,3
	Dependência fraca	3	4,8	4,8	87,1
	Independente	8	12,9	12,9	100,0
Total		62	100,0	100,0	

Anexo VIII

Categorias Barthel * Suporte Formal Crosstabulation

			Suporte formal				Total
			Social	Enfermagem	Ambos	Nenhum	
cat_barthel	Dependência total	Count	0	2	3	4	9
		% of Total	,0%	3,2%	4,8%	6,5%	14,5%
	Dependência severa	Count	1	4	10	7	22
		% of Total	1,6%	6,5%	16,1%	11,3%	35,5%
	Dependência moderada	Count	2	3	4	11	20
		% of Total	3,2%	4,8%	6,5%	17,7%	32,3%
	Dependência fraca	Count	0	0	0	3	3
		% of Total	,0%	,0%	,0%	4,8%	4,8%
	Independente	Count	0	0	1	7	8
		% of Total	,0%	,0%	1,6%	11,3%	12,9%
	Total	Count	3	9	18	32	62
		% of Total	4,8%	14,5%	29,0%	51,6%	100,0%

Categorias Barthel * Tempo/horas Crosstabulation

			Tempo/horas				Total
			< 1 hora	1 a 3 horas	3 a 5 horas	> 5 horas	
cat_barthel	Dependência total	Count	1	2	1	5	9
		% of Total	1,6%	3,2%	1,6%	8,1%	14,5%
	Dependência severa	Count	0	11	5	6	22
		% of Total	,0%	17,7%	8,1%	9,7%	35,5%
	Dependência moderada	Count	1	8	7	4	20
		% of Total	1,6%	12,9%	11,3%	6,5%	32,3%
	Dependência fraca	Count	1	1	0	1	3
		% of Total	1,6%	1,6%	,0%	1,6%	4,8%
	Independente	Count	1	3	3	1	8
		% of Total	1,6%	4,8%	4,8%	1,6%	12,9%
	Total	Count	4	25	16	17	62
		% of Total	6,5%	40,3%	25,8%	27,4%	100,0%

Categorias Barthel * duração/anos Crosstabulation

			Duração/anos				Total
			1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 10 anos	>10 anos	
cat_barthel	Dependência total	Count	1	4	2	2	9
		% of Total	1,6%	6,5%	3,2%	3,2%	14,5%
	Dependência severa	Count	2	18	2	0	22
		% of Total	3,2%	29,0%	3,2%	,0%	35,5%
	Dependência moderada	Count	8	11	1	0	20
		% of Total	12,9%	17,7%	1,6%	,0%	32,3%
	Dependência fraca	Count	2	1	0	0	3
		% of Total	3,2%	1,6%	,0%	,0%	4,8%
	Independente	Count	6	2	0	0	8
		% of Total	9,7%	3,2%	,0%	,0%	12,9%
	Total	Count	19	36	5	2	62
		% of Total	30,6%	58,1%	8,1%	3,2%	100,0%

Categorias Barthel * Situação profissional Crosstabulation

			Situação profissional				Total
			Activa	Desempregado	Reformado	Outra	
cat_barthel	Dependência total	Count	2	0	6	1	9
		% of Total	3,2%	,0%	9,7%	1,6%	14,5%
	Dependência severa	Count	12	0	8	2	22
		% of Total	19,4%	,0%	12,9%	3,2%	35,5%
	Dependência moderada	Count	10	5	2	3	20
		% of Total	16,1%	8,1%	3,2%	4,8%	32,3%
	Dependência fraca	Count	2	0	1	0	3
		% of Total	3,2%	,0%	1,6%	,0%	4,8%
	Independente	Count	7	0	1	0	8
		% of Total	11,3%	,0%	1,6%	,0%	12,9%
	Total	Count	33	5	18	6	62
		% of Total	53,2%	8,1%	29,0%	9,7%	100,0%

Anexo IX

Bravais-Pearson Correlations

		Categorias Barthel	Idade	Rendimento
Categorias Barthel	Pearson Correlation	1	-,261(*)	,404(**)
	Sig. (2-tailed)		,041	,001
	N	62	62	62
Idade	Pearson Correlation	-,261(*)	1	,005
	Sig. (2-tailed)	,041		,970
	N	62	62	62
Rendimento	Pearson Correlation	,404(**)	,005	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,970	
	N	62	62	62

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Spearman Correlations

		parentesco	co-residencia	Duração /anos	Tempo /horas	suporte formal	sexo	Escolaridade	estado civil	sit prof	cuidador sec.
cat_barthel	Correlation										
	Coefficient	,180	,004	-,544(**)	-,173	,302(*)	,047	,235	-,049	-,306(*)	-,205
	Sig. (2-tailed)	,162	,977	,000	,179	,017	,716	,066	,703	,016	,111
sexo	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation										
	Coefficient	-,302(*)	-,100	-,019	,098	,063	1,000	-,005	,287(*)	-,281(*)	,056
escolaridade	Sig. (2-tailed)	,017	,437	,881	,448	,626	.	,970	,024	,027	,665
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation										
	Coefficient	-,177	-,185	-,160	-,070	-,051	-,005	1,000	-,250(*)	,076	-,362(**)
estado civil	Sig. (2-tailed)	,168	,150	,214	,591	,694	,970	.	,050	,559	,004
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation										
	Coefficient	-,196	-,073	,227	,179	-,285(*)	,287(*)	-,250(*)	1,000	-,170	,158
sit prof	Sig. (2-tailed)	,127	,575	,076	,163	,025	,024	,050	.	,188	,220
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation										
	Coefficient	-,113	-,273(*)	,056	,307(*)	-,008	-,281(*)	,076	-,170	1,000	,130
parentesco	Sig. (2-tailed)	,381	,032	,666	,015	,949	,027	,559	,188	.	,313
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation										
	Coefficient	1,000	,345(**)	-,161	-,326(**)	,196	-,302(*)	-,177	-,196	-,113	-,032

co-residencia	Sig. (2-tailed) N	.	,006	,210	,010	,127	,017	,168	,127	,381	,808
		62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation Coefficient	,345(**)	1,000	-,129	-,660(**)	-,106	-,100	-,185	-,073	-,273(*)	-,195
	Sig. (2-tailed) N	,006	.	,319	,000	,412	,437	,150	,575	,032	,130
duração/anos		62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation Coefficient	-,161	-,129	1,000	,235	-,225	-,019	-,160	,227	,056	,123
	Sig. (2-tailed) N	,210	,319	.	,066	,078	,881	,214	,076	,666	,342
		62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
tempo/horas	Correlation Coefficient	-,326(**)	-,660(**)	,235	1,000	,058	,098	-,070	,179	,307(*)	,399(**)
	Sig. (2-tailed) N	,010	,000	,066	.	,656	,448	,591	,163	,015	,001
suporte formal		62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation Coefficient	,196	-,106	-,225	,058	1,000	,063	-,051	-,285(*)	-,008	,143
	Sig. (2-tailed) N	,127	,412	,078	,656	.	,626	,694	,025	,949	,269
		62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
cuidador sec.	Correlation Coefficient	-,032	-,195	,123	,399(**)	,143	,056	-,362(**)	,158	,130	1,000
	Sig. (2-tailed) N	,808	,130	,342	,001	,269	,665	,004	,220	,313	.
		62	62	62	62	62	62	62	62	62	62

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo X

Statistics

		sob_emoc	imp_pessoal	sob_finan	reac_exig	mec_contr	sup_fam	Sat_papel
N	Valid	62	62	62	62	62	62	62
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		13,81	37,71	6,71	8,71	9,42	6,35	9,77
Median		14,00	38,00	7,00	8,00	9,00	6,00	10,00
Mode		14	39	8	5	9	4(a)	10
Std. Deviation		3,029	7,636	1,859	3,231	2,162	2,561	3,175
Minimum		5	12	2	5	5	2	5
Maximum		20	53	10	16	15	10	21
Percentiles	25	12,00	34,00	6,00	6,00	8,00	4,00	7,75
	50	14,00	38,00	7,00	8,00	9,00	6,00	10,00
	75	16,00	41,25	8,00	11,00	11,00	8,00	12,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Sobrecarga emocional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	1,6	1,6	1,6
	6	1	1,6	1,6	3,2
	7	1	1,6	1,6	4,8
	9	2	3,2	3,2	8,1
	10	4	6,5	6,5	14,5
	11	1	1,6	1,6	16,1
	12	6	9,7	9,7	25,8
	13	8	12,9	12,9	38,7
	14	13	21,0	21,0	59,7
	15	9	14,5	14,5	74,2
	16	7	11,3	11,3	85,5
	17	4	6,5	6,5	91,9
	18	2	3,2	3,2	95,2
	20	3	4,8	4,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Implicações na vida pessoal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	1	1,6	1,6	1,6
	22	1	1,6	1,6	3,2
	24	1	1,6	1,6	4,8
	26	2	3,2	3,2	8,1
	27	1	1,6	1,6	9,7
	29	2	3,2	3,2	12,9

30	1	1,6	1,6	14,5
31	1	1,6	1,6	16,1
33	2	3,2	3,2	19,4
34	4	6,5	6,5	25,8
35	4	6,5	6,5	32,3
36	5	8,1	8,1	40,3
37	4	6,5	6,5	46,8
38	6	9,7	9,7	56,5
39	10	16,1	16,1	72,6
40	1	1,6	1,6	74,2
41	1	1,6	1,6	75,8
42	1	1,6	1,6	77,4
43	2	3,2	3,2	80,6
44	1	1,6	1,6	82,3
45	1	1,6	1,6	83,9
46	1	1,6	1,6	85,5
47	2	3,2	3,2	88,7
48	1	1,6	1,6	90,3
50	2	3,2	3,2	93,5
51	2	3,2	3,2	96,8
53	2	3,2	3,2	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Sobrecarga financeira

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	3	4,8	4,8	4,8
4	5	8,1	8,1	12,9
5	6	9,7	9,7	22,6
6	12	19,4	19,4	41,9
7	8	12,9	12,9	54,8
8	24	38,7	38,7	93,5
10	4	6,5	6,5	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Reacções a exigências

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	14	22,6	22,6	22,6
6	4	6,5	6,5	29,0
7	8	12,9	12,9	41,9
8	9	14,5	14,5	56,5
9	4	6,5	6,5	62,9
10	7	11,3	11,3	74,2
11	3	4,8	4,8	79,0
12	4	6,5	6,5	85,5

13	2	3,2	3,2	88,7
14	1	1,6	1,6	90,3
15	5	8,1	8,1	98,4
16	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Mecanismo de controlo e eficácia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	1,6	1,6	1,6
6	5	8,1	8,1	9,7
7	8	12,9	12,9	22,6
8	3	4,8	4,8	27,4
9	18	29,0	29,0	56,5
10	10	16,1	16,1	72,6
11	4	6,5	6,5	79,0
12	9	14,5	14,5	93,5
13	2	3,2	3,2	96,8
14	1	1,6	1,6	98,4
15	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Suporte familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	6	9,7	9,7	9,7
3	1	1,6	1,6	11,3
4	15	24,2	24,2	35,5
5	1	1,6	1,6	37,1
6	9	14,5	14,5	51,6
7	2	3,2	3,2	54,8
8	15	24,2	24,2	79,0
9	4	6,5	6,5	85,5
10	9	14,5	14,5	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Satisfação com o papel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	8	12,9	12,9	12,9
6	3	4,8	4,8	17,7
7	4	6,5	6,5	24,2
8	4	6,5	6,5	30,6
9	7	11,3	11,3	41,9

10	16	25,8	25,8	67,7
11	4	6,5	6,5	74,2
12	4	6,5	6,5	80,6
13	6	9,7	9,7	90,3
14	1	1,6	1,6	91,9
15	4	6,5	6,5	98,4
21	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Anexo XI

Spearman Correlations

		sob_emoc	imp_pessoal	sob_finan	reac_exig	mec_contr	sup_fam	Sat_papel
sexo	Correlation	,100	-,097	-,106	-,264(*)	-,036	,065	-,183
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,439	,454	,414	,038	,782	,615	,154
escolaridade	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	-,058	,048	-,087	-,082	-,056	-,062	-,155
	Coefficient							
estado civil	Sig. (2-tailed)	,652	,711	,504	,528	,665	,632	,228
	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	,187	-,021	,037	-,098	-,135	,032	-,044
sit_prof	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,146	,869	,774	,449	,295	,808	,732
	N	62	62	62	62	62	62	62
parentesco	Correlation	,033	,137	,011	,285(*)	,121	-,052	,220
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,801	,287	,930	,025	,349	,689	,085
co-residencia	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	-,253(*)	-,188	-,072	-,003	-,308(*)	-,268(*)	-,143
	Coefficient							
duraçao/anos	Sig. (2-tailed)	,047	,143	,577	,983	,015	,035	,269
	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	-,026	-,143	,024	-,075	,069	,050	-,012
tempo/horas	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,838	,269	,851	,562	,593	,701	,927
	N	62	62	62	62	62	62	62
suporte formal	Correlation	,337(**)	,253(*)	,308(*)	,212	,307(*)	,297(*)	,342(**)
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,007	,048	,015	,098	,015	,019	,006
cuidador sec.	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	,108	,073	-,064	,057	,013	-,185	,026
	Coefficient							
sob_emoc	Sig. (2-tailed)	,403	,570	,618	,658	,920	,150	,840
	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	-,117	-,105	-,257(*)	-,116	-,101	-,161	-,102
imp_pessoal	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,363	,417	,043	,369	,433	,212	,432
	N	62	62	62	62	62	62	62
sob_finan	Correlation	,023	-,019	-,267(*)	,036	,083	-,001	,095
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,857	,882	,036	,783	,520	,994	,462
reac_exig	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	,023	-,019	-,267(*)	,036	,083	-,001	,095
	Coefficient							
mec_contr	Sig. (2-tailed)	,857	,882	,036	,783	,520	,994	,462
	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	,023	-,019	-,267(*)	,036	,083	-,001	,095
sup_fam	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,857	,882	,036	,783	,520	,994	,462
	N	62	62	62	62	62	62	62
Sat_papel	Correlation	,023	-,019	-,267(*)	,036	,083	-,001	,095
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,857	,882	,036	,783	,520	,994	,462
sob_emoc	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	1,000	,513(**)	,349(**)	,319(*)	,241	,269(*)	,238
	Coefficient							
imp_pessoal	Sig. (2-tailed)	.	,000	,005	,012	,059	,035	,063
	N	62	62	62	62	62	62	62
	Correlation	,513(**)	1,000	,488(**)	,310(*)	,296(*)	,418(**)	,329(**)

	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,014	,019	,001	,009
	N	62	62	62	62	62	62	62
sob_finan	Correlation Coefficient	,349(**)	,488(**)	1,000	,329(**)	,222	,567(**)	,399(**)
	Sig. (2-tailed)	,005	,000	.	,009	,083	,000	,001
	N	62	62	62	62	62	62	62
reac_exig	Correlation Coefficient	,319(*)	,310(*)	,329(**)	1,000	,232	,104	,465(**)
	Sig. (2-tailed)	,012	,014	,009	.	,069	,423	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62
mec_contr	Correlation Coefficient	,241	,296(*)	,222	,232	1,000	,541(**)	,346(**)
	Sig. (2-tailed)	,059	,019	,083	,069	.	,000	,006
	N	62	62	62	62	62	62	62
sup_fam	Correlation Coefficient	,269(*)	,418(**)	,567(**)	,104	,541(**)	1,000	,423(**)
	Sig. (2-tailed)	,035	,001	,000	,423	,000	.	,001
	N	62	62	62	62	62	62	62
Sat_papel	Correlation Coefficient	,238	,329(**)	,399(**)	,465(**)	,346(**)	,423(**)	1,000
	Sig. (2-tailed)	,063	,009	,001	,000	,006	,001	.
	N	62	62	62	62	62	62	62

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Bravais-Pearson Correlations

		idade	rendimento
sob_emoc	Pearson Correlation	,249	-,022
	Sig. (2-tailed)	,051	,862
	N	62	62
imp_pessoal	Pearson Correlation	,216	-,024
	Sig. (2-tailed)	,091	,853
	N	62	62
sob_finan	Pearson Correlation	,053	-,331(**)
	Sig. (2-tailed)	,684	,009
	N	62	62
reac_exig	Pearson Correlation	,145	-,078
	Sig. (2-tailed)	,262	,544
	N	62	62
mec_contr	Pearson Correlation	,229	-,260(*)
	Sig. (2-tailed)	,074	,042
	N	62	62
sup_fam	Pearson Correlation	,157	-,336(**)
	Sig. (2-tailed)	,223	,008
	N	62	62

Sat_papel	Pearson Correlation	,095	-,315(*)
	Sig. (2-tailed)	,460	,013
	N	62	62

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo XII

Statistics

		Cop activo	planear	Sup instr	Sup Soc emoc	relig	Reint pos	Auto culp	aceit	Exp sent	neg	Auto dist	Desinv comp	Uso subs	Humor
N	Valid	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3,40	3,44	3,37	3,45	2,87	3,56	2,56	3,34	3,19	3,02	3,03	2,35	1,19	2,90
Median		3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	,50	3,00
Mode		3	3	3	3	2(a)	3	3	4	3	3	3	3	0	3
Std. Deviation		1,123	1,236	1,309	1,051	1,645	1,034	1,433	1,292	1,084	1,349	1,173	1,307	1,491	1,315
Minimum		1	1	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Maximum		6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	5	5	6
Percentiles	25	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,75	2,00	2,00	2,00	2,00	1,75	,00	2,00
	50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	,50	3,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	2,00	4,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Coping activo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	3,2	3,2	3,2
2	9	14,5	14,5	17,7
3	26	41,9	41,9	59,7
4	15	24,2	24,2	83,9
5	7	11,3	11,3	95,2
6	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Planear

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	4,8	4,8	4,8
2	10	16,1	16,1	21,0
3	23	37,1	37,1	58,1
4	12	19,4	19,4	77,4
5	11	17,7	17,7	95,2
6	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Suporte instrumental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,6	1,6	1,6
2	17	27,4	27,4	29,0
3	20	32,3	32,3	61,3
4	13	21,0	21,0	82,3
5	4	6,5	6,5	88,7
6	7	11,3	11,3	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Suporte social emocional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	1,6	1,6	1,6
2	8	12,9	12,9	14,5
3	27	43,5	43,5	58,1
4	17	27,4	27,4	85,5
5	6	9,7	9,7	95,2
6	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Religião

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	9,7	9,7	9,7
1	6	9,7	9,7	19,4
2	14	22,6	22,6	41,9
3	14	22,6	22,6	64,5
4	13	21,0	21,0	85,5
5	4	6,5	6,5	91,9
6	5	8,1	8,1	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Reinterpretação positiva

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	7	11,3	11,3	11,3
3	28	45,2	45,2	56,5
4	15	24,2	24,2	80,6

5	9	14,5	14,5	95,2
6	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Auto-culpabilização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	9,7	9,7	9,7
1	9	14,5	14,5	24,2
2	13	21,0	21,0	45,2
3	17	27,4	27,4	72,6
4	13	21,0	21,0	93,5
5	3	4,8	4,8	98,4
6	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Aceitação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	8,1	8,1	8,1
2	12	19,4	19,4	27,4
3	16	25,8	25,8	53,2
4	18	29,0	29,0	82,3
5	8	12,9	12,9	95,2
6	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Expressão de sentimentos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	1,6	1,6	1,6
1	1	1,6	1,6	3,2
2	15	24,2	24,2	27,4
3	20	32,3	32,3	59,7
4	18	29,0	29,0	88,7
5	7	11,3	11,3	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Negação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	3,2	3,2	3,2
1	5	8,1	8,1	11,3
2	15	24,2	24,2	35,5
3	19	30,6	30,6	66,1
4	12	19,4	19,4	85,5
5	7	11,3	11,3	96,8
6	2	3,2	3,2	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Auto-distracção

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	2	3,2	3,2	3,2
1	3	4,8	4,8	8,1
2	14	22,6	22,6	30,6
3	20	32,3	32,3	62,9
4	19	30,6	30,6	93,5
5	3	4,8	4,8	98,4
6	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Desinvestimento comportamental

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	7	11,3	11,3	11,3
1	8	12,9	12,9	24,2
2	17	27,4	27,4	51,6
3	18	29,0	29,0	80,6
4	10	16,1	16,1	96,8
5	2	3,2	3,2	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Uso substâncias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	31	50,0	50,0	50,0
1	8	12,9	12,9	62,9
2	12	19,4	19,4	82,3
3	5	8,1	8,1	90,3

4	3	4,8	4,8	95,2
5	3	4,8	4,8	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Humor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	8,1	8,1	8,1
1	2	3,2	3,2	11,3
2	14	22,6	22,6	33,9
3	19	30,6	30,6	64,5
4	18	29,0	29,0	93,5
5	3	4,8	4,8	98,4
6	1	1,6	1,6	100,0
Total	62	100,0	100,0	

Anexo XIII

Bravais-Pearson Correlations

		idade	rendimento
cop_ativo	Pearson Correlation	-,048	,212
	Sig. (2-tailed)	,709	,098
	N	62	62
planear	Pearson Correlation	,017	,147
	Sig. (2-tailed)	,895	,254
	N	62	62
sup_instr	Pearson Correlation	-,083	,160
	Sig. (2-tailed)	,524	,215
	N	62	62
sup_soc_emoc	Pearson Correlation	-,161	,271(*)
	Sig. (2-tailed)	,212	,033
	N	62	62
relig	Pearson Correlation	,226	-,066
	Sig. (2-tailed)	,077	,613
	N	62	62
reint_pos	Pearson Correlation	-,158	,207
	Sig. (2-tailed)	,220	,107
	N	62	62
auto_culp	Pearson Correlation	,211	-,223
	Sig. (2-tailed)	,099	,081
	N	62	62
aceit	Pearson Correlation	,177	,192
	Sig. (2-tailed)	,168	,136
	N	62	62
exp_sent	Pearson Correlation	,168	,148
	Sig. (2-tailed)	,191	,252
	N	62	62
neg	Pearson Correlation	,386(**)	,043
	Sig. (2-tailed)	,002	,741
	N	62	62
auto_dist	Pearson Correlation	-,159	,022
	Sig. (2-tailed)	,218	,862
	N	62	62
desinv_comp	Pearson Correlation	,048	-,247
	Sig. (2-tailed)	,711	,053
	N	62	62
uso_subs	Pearson Correlation	,024	-,171
	Sig. (2-tailed)	,853	,184
	N	62	62
humor	Pearson Correlation	-,214	-,092
	Sig. (2-tailed)	,095	,477
	N	62	62

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

uso_subs	Correlation Coefficient	-,027	,117	,153	,057	,007	,066	,042	-,155	-,112
	Sig. (2-tailed)	,832	,365	,236	,663	,958	,608	,748	,228	,387
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62
humor	Correlation Coefficient	,106	,020	,085	,209	,096	-,227	-,090	-,063	-,149
	Sig. (2-tailed)	,414	,877	,509	,103	,456	,076	,488	,627	,246
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo XIV

Bravais-Pearson Correlations

		barthel	sob_emoc	imp_pessoal	sob_finan	reac_exig	mec_contr	sup_fam	Sat_papel
barthel	Pearson Correlation	1	-,289(*)	-,338(**)	-,216	-,366(**)	-,479(**)	-,403(**)	-,605(**)
	Sig. (2-tailed)		,023	,007	,093	,003	,000	,001	,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
sob_emoc	Pearson Correlation	-,289(*)	1	,599(**)	,333(**)	,364(**)	,293(*)	,237	,176
	Sig. (2-tailed)	,023		,000	,008	,004	,021	,063	,171
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
imp_pessoal	Pearson Correlation	-	,599(**)	1	,538(**)	,409(**)	,368(**)	,403(**)	,407(**)
	Sig. (2-tailed)	,338(**)	,007		,000	,001	,003	,001	,001
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
sob_finan	Pearson Correlation	-,216	,333(**)	,538(**)	1	,321(*)	,276(*)	,528(**)	,347(**)
	Sig. (2-tailed)	,093	,008	,000		,011	,030	,000	,006
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
reac_exig	Pearson Correlation	-	,364(**)	,409(**)	,321(*)	1	,222	,094	,385(**)
	Sig. (2-tailed)	,366(**)	,003	,001	,011		,083	,468	,002
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
mec_contr	Pearson Correlation	-	,293(*)	,368(**)	,276(*)	,222	1	,547(**)	,375(**)
	Sig. (2-tailed)	,479(**)	,000	,021	,030	,083		,000	,003
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
sup_fam	Pearson Correlation	-	,237	,403(**)	,528(**)	,094	,547(**)	1	,437(**)
	Sig. (2-tailed)	,403(**)	,001	,063	,001	,468	,000		,000
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
Sat_papel	Pearson Correlation	-	,176	,407(**)	,347(**)	,385(**)	,375(**)	,437(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,605(**)	,000	,171	,001	,006	,002	,003	
	N	62	62	62	62	62	62	62	62

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo XV

Bravais-Pearson Correlations

		barthel
cop_activo	Pearson Correlation	,120
	Sig. (2-tailed)	,353
	N	62
planear	Pearson Correlation	,126
	Sig. (2-tailed)	,330
	N	62
sup_instr	Pearson Correlation	,138
	Sig. (2-tailed)	,286
	N	62
sup_soc_emoc	Pearson Correlation	,183
	Sig. (2-tailed)	,154
	N	62
relig	Pearson Correlation	-,125
	Sig. (2-tailed)	,333
	N	62
reint_pos	Pearson Correlation	,057
	Sig. (2-tailed)	,659
	N	62
auto_culp	Pearson Correlation	-,327(**)
	Sig. (2-tailed)	,010
	N	62
aceit	Pearson Correlation	,109
	Sig. (2-tailed)	,400
	N	62
exp_sent	Pearson Correlation	-,021
	Sig. (2-tailed)	,871
	N	62
neg	Pearson Correlation	-,094
	Sig. (2-tailed)	,465
	N	62
auto_dist	Pearson Correlation	,052
	Sig. (2-tailed)	,690
	N	62
desinv_comp	Pearson Correlation	-,252(*)
	Sig. (2-tailed)	,048
	N	62
uso_subs	Pearson Correlation	-,246
	Sig. (2-tailed)	,054
	N	62
Humor	Pearson Correlation	,210
	Sig. (2-tailed)	,101
	N	62

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo XVI

Bravais-Pearson Correlations

		sob_emoc	imp_pessoal	sob_finan	reac_exig	mec_contr	sup_fam	Sat_papel
Cop activo	Pearson							
	Correlation	-,160	-,149	-,179	-,238	,024	-,165	-,245
	Sig. (2-tailed)	,215	,249	,165	,062	,855	,201	,055
	N	62	62	62	62	62	62	62
planear	Pearson							
	Correlation	-,227	-,120	-,336(**)	-,107	-,125	-,381(**)	-,175
	Sig. (2-tailed)	,076	,352	,008	,406	,334	,002	,174
	N	62	62	62	62	62	62	62
Sup instr	Pearson							
	Correlation	-,255(*)	-,168	-,332(**)	-,222	-,166	-,348(**)	-,145
	Sig. (2-tailed)	,046	,192	,008	,083	,197	,006	,260
	N	62	62	62	62	62	62	62
Sup Soc emoc	Pearson							
	Correlation	-,127	,021	-,116	-,178	-,041	-,170	-,092
	Sig. (2-tailed)	,327	,873	,368	,166	,749	,186	,478
	N	62	62	62	62	62	62	62
relig	Pearson							
	Correlation	,209	,253(*)	,154	,196	,163	,120	,117
	Sig. (2-tailed)	,103	,047	,233	,126	,206	,353	,366
	N	62	62	62	62	62	62	62
Reint pos	Pearson							
	Correlation	-,132	-,157	-,263(*)	-,083	-,137	-,232	-,220
	Sig. (2-tailed)	,306	,222	,039	,523	,289	,070	,086
	N	62	62	62	62	62	62	62
Auto culp	Pearson							
	Correlation	,286(*)	,411(**)	,321(*)	,287(*)	,277(*)	,315(*)	,360(**)
	Sig. (2-tailed)	,024	,001	,011	,024	,029	,013	,004
	N	62	62	62	62	62	62	62
aceit	Pearson							
	Correlation	-,088	-,035	-,122	-,086	-,210	-,101	-,145
	Sig. (2-tailed)	,498	,789	,344	,506	,101	,433	,261
	N	62	62	62	62	62	62	62
Exp sent	Pearson							
	Correlation	,086	-,100	-,191	-,166	-,014	-,084	,065
	Sig. (2-tailed)	,504	,439	,136	,197	,913	,515	,614
	N	62	62	62	62	62	62	62
neg	Pearson							
	Correlation	,189	,392(**)	,316(*)	,144	,200	,188	,051
	Sig. (2-tailed)	,140	,002	,012	,264	,119	,143	,696
	N	62	62	62	62	62	62	62
Auto dist	Pearson							
	Correlation	,053	,168	,200	-,171	-,005	,067	-,112
	Sig. (2-tailed)	,685	,193	,119	,185	,967	,605	,384
	N	62	62	62	62	62	62	62
Desinv comp	Pearson							
	Correlation	,283(*)	,462(**)	,488(**)	,304(*)	,300(*)	,422(**)	,320(*)
	Sig. (2-tailed)	,026	,000	,000	,016	,018	,001	,011
	N	62	62	62	62	62	62	62
Uso subs	Pearson							
	Correlation	,190	,188	,316(*)	,267(*)	,117	,098	,189
	Sig. (2-tailed)	,139	,144	,012	,036	,366	,450	,140
	N	62	62	62	62	62	62	62
humor	Pearson							
	Correlation	-,005	-,039	-,032	-,146	-,095	-,102	-,182

Correlation							
Sig. (2-tailed)	,971	,765	,806	,259	,462	,432	,157
N	62	62	62	62	62	62	62

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).